

BAR. FLE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1961

T H È S E

N°

339

pour le

D O C T O R A T E N M É D E C I N E

(Diplôme d' Etat)

PAR

B A R R É Liliane
née le 10 AVRIL 1928, à PARIS (XV°)

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 8 MAI

1961

PREMIERS ESSAIS D'ORGANISATION ET D'APPLICATION

D'UNE PSYCHIATRIE DE SECTEUR EN PROVINCE

Président : M. D E L A Y J., Professeur

ANNEE 1961

THÈSE

N°

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

BARRÉ Liliane

née le 10 AVRIL 1928, à PARIS (XV°)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

8 MAI

1961

PREMIERS ESSAIS D'ORGANISATION ET D'APPLICATION

D'UNE PSYCHIATRIE DE SECTEUR EN PROVINCE

Président : M. DELAY J., Professeur

1.10.60

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBIN (A.), BENARD (H.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CHABROL (E.), CHAMPY (C.), DEBRE (R.), GASTINE (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LANTUEJOUL (P.), LAROCHE (G.), LEVY-SOLAL (E.), LIAIN (C.), LOEPER (M.), MAHON (G.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (G.), MONOD (R.), MOREAU (R.), OLIVIER (E.), PASTEUR VALERY RADOT, PETIT-DUTAILLIS, RICHET (O.), STROHL (A.), TANON (L.).

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE.

I.- PROFESSEURS :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biochimie médicale (Profr. à titre personnel)	ETTORI (J.)
" " " " "	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports ...	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
" " (Profr. à titre personnel)	BOURLIERE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologie chirurgicale (NECKER)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (BROUSSAIS)	MOUQUIN (M.)
(Beaujon	SICARD (A.)
(Cochin	N.
(Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales (Pitié	CORDIER (G.)
(Saint Antoine	GOSSET (J.)
(Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
(Tenon	LORTAT-JACO B (J.L)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin).	MERLE D'AUBIGNE
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART D'ALLAINES
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (P.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	RUNCK-BRENTANO
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)

Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) ...	N.
(Boucicaut	LENEGER (J.)
(Broussais	SOULIE (P.)
(Cochin	JUSTIN-BESANCON (L.)
Cliniques médicales	DROUET (G.)
(Cochin	BARIETY (M.)
(Hôtel-Dieu	DREYFUS (G.)
(Pitié	KOURILSKY (R.)
(St-Antoine	
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatolo-	
gique (Bichat)	DEBRAY (G.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies	
de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
(Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales	MERGER (R.)
(Foch (Suresnes)	VARANGOT (J.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	RENARD (G.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	AUBRY (M.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St Vincent de Paul)	MARIE (J.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	BERNARD (E.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	MICHAUX (L.)
Clinique de psychiatrie infantile (Salpêtrière)	COSTE (E.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	DECHAUME (M.)
Clinique stomatologique (Pitié)	N.
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	LEMAIRE (A.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	N.
Clinique urologique (Cochin)	GIROUD (A.)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS
" (Profr. à titre personnel)	SEZE (S. de)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	VERNE (J.)
Histologie	TURPIN (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) ...	JOANNON (P.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
" " " (Profr. à titre personnel)	DESOILLE (H.)
Médecine du Travail	PIEDELIEVRE (R.)
Médecine légale	FASQUELLE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	GAILLARD (H.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.)
" (Prof. à titre personnel)	COUVELAIRE (R.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
" " (Profr. à titre personnel)	LAVIER (G.)
Pathologie exotique	MERKLEN (F.P.)
Pathologie expérimentale et comparée	MILLIEZ (P.)
Pathologie médicale	TURIAF (F.)
Pathologie respiratoire	BOUDIN (G.)
Pathologie et thérapeutique générales	CHEYMOL (J.)
Pharmacologie	LEVY (Melle J.)
" (Profr. à titre personnel)	BINET (L.)
Physiologie	BARGETON (L.)
" (Profr. à titre personnel)	BARROT (J.)
" " " "	

Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
" " (Profr. à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale	LEGER (L.)
Thérapeutique	CONTE (M.)

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

	MM.		MM.
Anatomie	(COUINAUD (C.) (CABROL (C.) (OLIVIER (G.)	Médecine légale	(DEROBERT (L.) (Pr.s.ch. (HADENGUE (A.) (FOURNIER (E.) (GUENIOT (M.)
Anatomie	(GAUTHIER-VILLARS (Melle P. Pr.s.ch. (BUSSE (F.)	Médecine du Travail	ALBAHARY (C.)
pathologique ...	(GOUYGOU (Ch.) (ORCEL (L.) (PAILLAS (J.)	Neurologie	LHERMITTE (F.) (GRANJON (A.) (HERVET (E.) (LE LORIER (G.)
Anesthésiologie ...	VOURC'H (G.) (BARBIER (P.)	Obstétrique	(MORIN (P.) (MUSSET (R.) (ROBEY (M.) (THOYER-ROZAT (J.)
Bactériologie	(CHRISTOL (D.) (TOURNIER (P.) (DESGREZ (P.) (Pr.s.ch.	Ophtalmologie ..	(BREGREAT (P.) (SARAUX (H.)
Biochimie médicale	(POLONVSKI (J.) (m.conf.	Orthopédie	(JUDET (R.) (RAMADIER (J.)
Biologie appliquée l'Education physi- que et aux sports	PLAS (F.) (DENOIX (P.) (MATHE (G.)	Oto-rhino-laryn- gologie	DEBAIN (J.)
Carcinologie		Parasitologie ..	CHABAUD (A.) (BÉRCAT (J.) (BINET (J.P.) (CAUCHOIS (J.) (CHATELIN (C.L.) (DUBOST (Ch.) (DUBOST (Cl.) (FAUREL (J.) (FLABEAU (F.) (GERMAIN (A.) (LOYGUE (J.) (MERCADIER (PERROTIN (J.) (ROBERT (H.) (THOMERET (G.)
Dermato- syphiligraphie ..	DUPERRAT (B.)	Pathologie chirurgicale .	
Electro-radiologie	LEDOUX-LEBAR (G.) (BILSKI-PASQUIER (G.) (DAUSSET (J.) (GOUJARD (R.) (Pr.s.Ch.		
Hématologie	(MAROIS (M.) (RACADOT (J.)		
Histologie			
Hydrologie	CORNET (A.)		
Hygiène	(BOYER (J.) Pr.s.ch. (CORRE-HURST (Mme L)		
Maladies infec- tieuses ..	(BASTIN (R.) (DUPONT (V.)	Pathologie exo- tique	SCHNEIDER (J.) (CROSNIER (J.) (HARTMANN (L.) (LOEPER (J.) (MAURICE (J.) (RICHEL (G.)

	MM.		MM.
	(AUSSANNAIRE (M.)	Pharmacologie ..	(BOSSIER (J.)
	(BOUR (H.)		(LECHAT (P.)
	(BOUVIER (J.)	Physiologie	DEJOURS (P.)
	(BOUVRAIN (Y.)		(GOUGEROT (L.)
	(BRICAIRE (H.)	Physique médicale	{m.conf. Pr.s.ch.
	(BRISSAUD (H.)		(KELLERSHOHN
	(BROCARD (H.)	Pneumo-	
	(BUGE (A.)	Phthisiologie .	KREIS (B.)
	(CASTAIGNE (P.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Pathologie médicale ...	(M. conf.	Psychiatrie	
	(CATINAT (J.)	Infantile	DUCHE (D.)
	(CONTAMIN (P.)	Rhumatologie ...	DELBARRE (F.)
	(COURY (C.)		(CERNEA (P.)
	(FREZAL (J.)	Stomatologie ...	(CHAPUT (Mme A.)
	(HOUSSET (E.)		(M.conf. agr.
	(LAROUCHE (Cl.)		(GRELLET (M.)
	(LESOBRE (R.)	Thérapeutique ..	(CHASSAGNE (P.)
	(MACREZ (C.)		(LAMOTTE (M.)
	(NICK (J.)	Urologie	QUENU (L.)
	(PEQUIGNOT (H.)		
	(Pr.s.ch.		
	(ROYET (P.)		
	(WILFROMM (R.)		
	(JOSEPH (R.)		
	(MANDE (R.)		
Pédiatrie-Puériculture	(MOSSICONACCI (P.)		
	(POLONOVSKI (C.)		
	(ROSSIER (A.)		

III. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE	Clinique ophtal-	(DESVIGNES (P.)
	(ABOULKER (P.)	mologique	(OFFRET (G.)
	(AMELINE (A.)	Clinique oto-rhi-	
	(Pr.s.ch.	no-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique chirurgicale ..	(HUGUIER (J.)	Clinique pédia-	
	(OLIVIER (C.)	trique et puéri-	
	(PADOVANI	culture	LAPLANE (R.)
	(POILLEUX (F.)	Clinique psychia-	
	(ROUX (M.)	trique	BARUK (R.)
	(VERNE (J.M.)	Médecine légale	GAULTIER
	(DOMART (A.)		
Clinique médicale	(PERRAULT (M.)		
	(RAMEERT (P.)		
	(THIEFFRY (S.)		
	(GRASSET (J.)		
Clinique obstétricale ..	(MAYER (M.)		
	(RAVINA (J.)		

IV.- PROFESSEURS DETACHES DANS
LES UNIVERSITES ETRANGERES

actériologie	HAUDUROY (P.) Pr.s.ch.
athologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr.s.ch.

V.- CHARGES DE COURS d'HYGIENE SCOLAIRE
ET UNIVERSITAIRE

.....	BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)
ecrétaire général de la Faculté	LENA (J.)
ecrétaires	{ Mme BERULAND (H.) { Melle CHAINTREUIL (G) { Mme ROCHE (L.)
onservateur en Chef	M. le Docteur HAHN (A.)
onservateur	Melle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.) { Melles LAURENT (H.), LE NOIR (G.) { QUIEVREUX (E.)

A LA MEMOIRE DE MA GRAND-MERE

A MES PARENTS

A MADAME DAVID-WEILL

notre respectueuse reconnaissance

A MES AMIS

avec toute ma gratitude

A MES COLLEGUES D'INTERNAT

A L'ENSEMBLE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF
ET SOIGNANT DE L'ETABLISSEMENT PSYCHOTHERAPIQUE
DE FLEURY-LES-AUBRAIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DELAY

qui nous fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LE GUILLANT

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine
qui a accepté de superviser notre travail, de
sa haute compétence.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PARIENTE

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques
qui nous inspira le sujet de cette thèse
et nous guida de son expérience et de
ses conseils,

En témoignage de notre gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RENARD

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques
dont la bienveillance nous permet
d'enrichir nos connaissances au sein
de son équipe de travail.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BARUK

A MONSIEUR LE DOCTEUR RALLU
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEROY J.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GASTAUT E.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR STRUMZA

I N T R O D U C T I O N

La psychiatrie de secteur est avant tout un mode d'organisation conçu en fonction d'une part, des besoins et surtout, d'autre part, des moyens.

L'intérêt de plus en plus grand accordé, semble-t-il, à la notion de psychiatrie de secteur en France, découle probablement de préoccupations diverses.

Les unes sont tout simplement conformes à un désir d'organisation et d'utilisation rationnelles de l'équipement existant.

Les autres correspondent à la suite logique d'une réforme entreprise au lendemain de la dernière guerre.

Par contre, cette orientation nouvelle comporte, du moins pour certains, une intention doctrinale que seule l'expérience pourra éprouver, mais qui, à notre avis, dérive essentiellement d'une méthode différente, employée pour appréhender les problèmes d'assistance et d'équipement psychiatrique, à une échelle nouvelle.

On sait en effet, l'importance que prend de plus en plus la "dimension sociale" pour certains faits psychiatriques, et il est possible que des orientations nouvelles découlent à la longue de données envisagées à l'échelle d'un territoire ou d'une structure locale.

Cette prise de conscience est apparue simultanément en province et dans l'agglomération parisienne, en milieu rural et en milieu urbain.

Il faut rappeler qu'une des premières expériences de psychiatrie de secteur a été appliquée au Département de la Seine pour lequel une réforme s'avérait de plus en plus nécessaire, compte tenu de l'aspect démographique particulier de cette énorme agglomération. C'est autour de l'Hôpital Psychiatrique de VILLEJUIF, dans le cadre du C.T.R.S. et pour le secteur Sud du Département de la Seine, qu'un tel dispositif a commencé à fonctionner en 1956, d'abord d'une manière officieuse, puis, avec l'appui des services administratifs.

Mentionnons que simultanément le C.T.R.S. de SIVADON et FOLLIN, à VILLE-EVRARD, développe la même expérience pour un secteur géographique de l'Ouest Parisien.

C'est avec des fortunes diverses et à travers de nombreuses difficultés que le système s'est généralisé à toute l'agglomération parisienne.

Parallèlement, en province, et semble-t-il, depuis 1954, une expérience également limitée d'abord, a été entreprise par LAMBERT, en Savoie et Haute-Savoie, par KOECHLIN en Charente Maritime.

L'administration centrale a tenté de concrétiser dans la circulaire ministérielle du 15 mars l'essentiel des données généralement admises et les a ainsi proposées à l'ensemble du territoire en vue d'une modernisation de l'équipement hospitalier et extra-hospitalier.

Il faut mentionner qu'à l'étranger une orientation assez voisine a fait son apparition dans certains pays en même temps qu'en France. D'une manière générale, la notion de continuité des soins a été une des données essentielles pour l'institution de la psychiatrie de secteur dans les différents pays qui ont amorcé simultanément cette réforme.

Le but de cette introduction est d'indiquer dans quelles circonstances nous avons été amenée à choisir ce sujet.

Le travail que nous présentons s'est imposé à nous à partir de l'expérience vécue au jour le jour dans le Service-Hommes de FLEURY LES AUBRAIS, depuis 1959.

Ce service de plus de 500 malades avait été divisé arbitrairement en trois parties, avec prise en charge par chacune des trois équipes existantes, des entrées réparties suivant trois tranches de recrutement établies sur l'ensemble des admissions enregistrées au cours de l'année 1958.

- Les entrants d'ORLEANS et des communes suburbaines;
- Les cantons périphériques de l'arrondissement d'ORLEANS et l'arrondissement de PITHIVIERS;
- L'arrondissement de MONTARGIS,

chacun de nous recevant une part approximativement égale d'entrées.

Les consultations de post-cure du samedi matin à l'Etablissement nous permettaient de suivre les malades sortis que nous avions connus, les cas les plus délicats étant vus par le Médecin-Chef qui assurait en outre les consultations des dispensaires.

Ce premier dispositif n'était que le point de départ d'une réforme qui s'imposait, résultant de la conjonction de facteurs multiples :

- amélioration des thérapeutiques et des conditions de vie à l'hôpital;

- échos de la "sectorisation" dans la Seine (nous avons en effet une connaissance précise de la sectorisation en cours d'expérience du C.T.R.S. de VILLEJUIF);

- impulsion donnée par l'Administration Centrale, la circulaire ministérielle du 15 Mars 1960 et les travaux préliminaires qui ont abouti à sa rédaction :

- travaux publiés par DAUMEZON, DUCHÊNE, LE GUILLANT, SIVADON;

- les nombreuses expériences actuellement en cours dans la Seine, ainsi que :

- les essais et les perspectives en province :

- BONNAFÉ, à ROUEN,

- LAMBERT, en Savoie et Haute Savoie,

- KOECHLIN, en Charente-Maritime,

ont orienté l'action des pouvoirs publics et de l'Administration dans de nombreux départements, en faveur d'une organisation de ce type; organisation dont la réalisation se poursuit actuellement.

Il est bien évident que dans le contexte actuel d'une assistance aux malades mentaux, en plein remaniement, il ne peut s'agir que d'une période préliminaire.

Mais il nous est apparu intéressant de considérer les problèmes actuels au fur et à mesure qu'ils s'étaient imposés à nous :

- les projets d'organisation de la lutte contre les maladies mentales pour une population délimitée ayant pour effort essentiel de susciter des besoins.

Le Loiret nous est apparu comme un département particulièrement privilégié à maints égards :

parce que doté d'un Etablissement pavillonnaire traditionnellement très ouvert,

parce qu'alliant à la diversité des régions naturelles et des productions agricoles, la variété des activités industrielles.

Il est remarquable de noter en effet que cette région reproduit à échelle réduite, l'aspect démographique, économique et industriel du territoire national.

Toutes ces conditions semblaient favorables à la poursuite d'une étude de l'expérience commencée en 1958.

Cette expérience ne risquait pas de devenir une formule plaquée mais semblait répondre à des besoins réels.

=====

CHAPITRE I

LES CONDITIONS D' ASSISTANCE OFFERTES PAR L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE FLEURY DEPUIS SA CRÉATION

Comment l'Organisation de la vie collective à l'intérieur de l'Etablissement et l'ouverture très large de l'Hôpital sur le Département ont rendu possible la mise en place d'une ébauche de division par Secteurs.

=====

Il faut nous rappeler que RAYNEAU, Médecin du Quartier d'Hospice des aliénés d'ORLEANS, quartier issu de la transformation en 1827 d'un dépôt de mendicité, inspiré par les oeuvres étrangères, notamment allemandes, et par les travaux de SERIEUX, pense et fait réaliser l'Asile Départemental du Loiret qu'il baptise "Etablissement Psychothérapique de FLEURY-les-AUBRAIS".

Cet Etablissement, composé de 28 pavillons de malades dispersés dans la verdure, les plus petits de 10 lits, les plus grands de 100 lits, conçu pour recevoir 900 à 1 000 malades, constitue, lors de sa création en 1913, une oeuvre particulièrement originale : le premier "asile-village" construit en France.

Réprouvant les "cours étroites" et les "murs de forteresse" des vieux asiles, RAYNEAU construit un Etablissement sans mur d'enceinte et sans clôture, sur un terrain de 200 ha, dont 70 ha de bois s'ouvrant sur la plus grande forêt domaniale de France.

Dès sa première année de fonctionnement, l'Hôpital Psychiatrique compte une population de 723 malades.

RAYNEAU note dans son rapport annuel :

"Dans tous les asiles neufs où les murs sont supprimés, où la liberté est aussi grande que possible et où, en définitive, les aliénés à l'état aigu sont soignés comme d'autres

malades, l'agitation a disparu et le recours aux moyens de contention est presque inutile."

RAYNEAU désirant affecter les malades aux divers pavillons, essentiellement en fonction de critères médicaux, trouve, lors des hostilités, l'occasion fortuite de démontrer le bien fondé de ses principes : le mélange dans les mêmes pavillons de militaires non internés hospitalisés avec des malades placés sous le régime de la Loi de 1838, illustre une des formules les plus évoluées de service libre.

Cette formule d'amalgame n'étant pas encore admise, RAYNEAU doit y renoncer, mais, néanmoins, il réussit à créer officiellement un "Service Libre" de 11 chambres à l'origine, recevant uniquement des malades femmes et pensionnaires.

Dès la fin de la guerre, RAYNEAU, assisté d'un second médecin-Chef de service, crée un service d'enfants :

- 1 école de garçons et de filles éducatibles et semi-éducatibles de deux pavillons,
- 1 service d'inéducatibles,

qui reçoit dès ses premières années de fonctionnement un nombre important d'enfants de départements étrangers:

97 sur 138 en 1918

80 sur 132 en 1919

Un troisième poste médical est créé en 1926.

Au cours des années la population de l'Etablissement ne cesse de croître :

1 389 en 1942

1 478 en 1943

elle atteint même 1 600 malades en 1944 à l'occasion de l'exode.

En application de la Loi de Juin 1838, l'Etablissement a été créé, à l'origine, pour recevoir des malades du Département

Les médecins, devant le surpeuplement, réclament la stricte application de ce principe, réserve faite de l'admission de malades originaires des départements limitrophes dépourvus d'Etablissements spécialisés et passant contrat avec le Loiret.

Dans les années qui ont suivi la Libération, FLEURY les AUBRAIS est à la pointe de la rénovation psychiatrique.

En même temps que l'apparition des nouvelles thérapeutiques biologiques et médicamenteuses, s'instaure un aménagement des services en vue d'une psychothérapie collective essentiellement :

- par la création d'ateliers d'ergothérapie,
- par la formation d'équipes sportives, bientôt en compétition avec des clubs de l'extérieur.

- par la multiplication des loisirs organisés,

toutes activités qui s'inscrivent dans un effort de re-socialisation de la vie collective à l'Hopital Psychiatrique.

Elles ont été regroupées au sein de l'Association Sportive des Bruyères" créée en 1949. Bien entendu cette association malgré sa dénomination ne limite pas ses activités aux sports. Elle a réellement multiplié ses objectifs et comme l'indiquent ses statuts elle a pour but : "de collaborer par l'emploi rationnel de l'éducation physique, des sports et par toutes autres manifestations collectives appropriées à l'activité thérapeutique menée par les médecins auprès des malades de l'Hôpital Psychiatrique de Fleury".

Rédigé et imprimé par les malades, paraît un journal hebdomadaire qui réalise en quelque sorte la synthèse des diverses activités.

Parallèlement à la re-socialisation, à l'"humanisation" de la vie à l'Hôpital Psychiatrique, se développe l'assistance extra-hospitalière, s'officialise le principe de la cure libre.

Les premières consultations mixtes d'hygiène mentale sont ouvertes en 1949 à ORLÉANS, une fois par semaine, et à MONTARGIS.

Deux assistantes sociales, chargées de l'organisation des consultations, des démarches et enquêtes, du travail de liaison assurent également une permanence journalière de 10 H. à midi dans les locaux du dispensaire.

C'est l'année suivante, en 1950, qu'un arrêté préfectoral institue un service ouvert pour les malades hommes et femmes, pensionnaires ou non.

En 1952 s'ouvre une consultation bimensuelle d'hygiène mentale infantile à ORLEANS; on individualise dans les locaux du Dispensaire une "salle de tests" où une assistante sociale après formation préalable, est chargée de faire subir les épreuves aux enfants, avant la consultation.

En 1953, une consultation d'enfants est créée également à MONTARGIS.

Devant la surcharge rapide des consultations, quatre nouvelles consultations pour enfants sont ouvertes en 1956 : à ORLEANS, MONTARGIS, GIEN et PITHIVIERS. La même année une secrétaire médicale est recrutée.

C'est ainsi que l'activité des consultations n'a cessé de croître depuis 1950.

En 1949 pour	44	séances	.....	266	consultations
1950	78	"	.....	583	"
1951	95	"	.....	642	"
1952	118	"	.....	808	"
1953	121	"	.....	784	"
1954	122	"	.....	782	"
1955	133	"	.....	906	"
1956	166	"	.....	1 126	"
1957	181	"	.....	1 326	"
1958	170	"	.....	1 282	"
1959	202	"	.....	1 802	"

Si le Service Départemental d'hygiène mentale dispose en 1959 de 16 consultations par mois, en cette même année 1959, rien que pour le service Hommes, plus de 1 500 consultations en 52 séances ont été données à l'Etablissement, dans le cadre des visites des familles certes, mais comprenant un nombre important de consultations individuelles de post-cure.

Cette situation est la conséquence de l'encombrement des consultations du Dispensaire.

Pratiquement, toujours en ce qui concerne le Service Hommes, dont la population oscille encore autour de 500 malades, il n'existe que :

2 consultations par mois à ORLEANS,

2 consultations par mois à MONTARGIS.

Dans ces conditions, deux attitudes sont possibles :

- ou bien d'admettre de 16 à 20 malades et même davantage au cours de chaque vacation;

- ou bien en réduire considérablement le nombre; mais cette dernière formule aboutit pratiquement à l'abandon d'une proportion importante de malades de post-cure, avec tous les risques consécutifs.

Les besoins de post-cure sont devenus encore plus impérieux depuis que certaines sorties ont été rendues possibles.

Le désencombrement des services, comme le montrent les chiffres suivants :

Services Hommes

	<u>Entrées</u>	<u>Sorties</u>	<u>Présents en fin d'année</u>
1958	338	219	553
1959	373	460	678

peut être considéré :

- d'une part comme conséquence du développement général durant des dernières années des thérapeutiques permettant des sorties rapides, mais aussi des sorties inespérées de malades chroniques;

- d'autre part, comme objectif associé aux possibilités d'occupation et de liberté de sortie qui entrent dans le cadre des réformes, indispensables à l'Etablissement, d'une assistance psychiatrique sectorisée.

L'augmentation du nombre des sorties, la diminution du nombre des hospitalisés conditionnent en fait une orientation nouvelle des conceptions de l'assistance aux malades mentaux.

Si, dans un premier temps, on a réalisé une "humanisation" de l'Hopital Psychiatrique, c'est plutôt dans l'optique d'une "humanisation de la folie" comme l'écrit BONNAFÉ, que la voie semble tracée.

Plus encore que le souci de la bonne adaptation du malade à la vie pavillonnaire, qui risque de devenir une adaptation factice dans un cadre caricatural, c'est son intégration dans la communauté naturelle qui devient le but essentiel, à condition de disposer d'une organisation et d'un équipement satisfaisants.

"Le médecin peut combattre et parfois guérir le trouble mental, la société seule peut combattre l'aliénation" (DAUMEZON)

L'encombrement existant encore à FLEURY en 1959 (478 malades services-Hommes) représente à lui seul un obstacle insurmontable à toute réforme et seule la création d'un quatrième service permettrait de dépasser cette situation. Cette création, enfin obtenue au début de l'année 1960, offre à la fois l'occasion :

- d'une nouvelle répartition des services,
- et d'une tentative de coordination des activités de soins donnés à l'intérieur et à l'extérieur de l'Etablissement.

Elle impose de définir la forme et l'étendue d'une unité territoriale, simple découpage du Département en aires de recrutement dans un premier temps; cadre dans lequel une équipe psychiatrique de base pourra, dans un second temps, assurer la prise en charge effective d'une population déterminée, dans la mesure où y seront implanté des moyens d'action divers, à portée d'utilisation de tous.

On pouvait concevoir dans l'idéal de diviser le Département en quatre secteurs d'égale importance psychiatrique, chacun des médecins étant chargé d'un secteur où il assurerait l'hygiène mentale et la post-cure, tandis que son service recevrait les malades hommes et femmes du même secteur. Il s'avérait difficile vu les conditions matérielles de réaliser dans l'immédiat cette formule de service mixte.

Quoiqu'il puisse apparaître d'autre part rationnel de réunir dans un seul service tous les services d'enfants, la répartition entre les trois autres services n'étant pas satisfaisante, il a semblé nécessaire de partager la charge des services d'enfants avec celle des services d'adultes.

La solution, dans l'immédiat, fut donc que les deux médecins du service-hommes se partagent deux secteurs inégaux du Département, le moins chargé assurant la partie la plus importante du Service d'Enfants.

Les deux médecins du service-femmes travaillent dans les mêmes conditions : le secteur le moins chargé assurant le service du Pensionnat, resté relativement important du côté des

femmes.

Afin d'éviter une division arbitraire des services, fonction d'une situation de fait, l'intérêt d'un dépassement de cette organisation élémentaire nous amène, en vue d'une adaptation rationnelle de la formule d'assistance par secteur, à l'étude démographique et économique du Département du Loiret.

Cette étude nous fournit les données les plus valables pour définir des aires de recrutement, correspondant à des unités homogènes.

=====

CHAPITRE II

POUR LA MISE EN PLACE DE SERVICES SECTORISÉS

Situation géographique, démographique et économique
du Département.

Origine démographique des malades soignés
à l'Etablissement.

=====

Le Département du Loiret, créé en 1790, par l'Assemblée Constituante, a été formé d'une partie des provinces de l'Orléanais, de l'Ile de France et du Berry.

Le centre du Département est couvert par une forêt qui porte le nom de "Forêt d'Orléans", et qui s'étend sur 50 000 hectares.

Il peut être divisé en 9 régions naturelles ou pays que différencient leur sol, leur économie, leur mode d'habitat.

- La Beauce : la Beauce dite de "Pithiviers" et la Beauce dite de "Patay".

- Le Gâtinais : Le Gâtinais Ouest - Le Gâtinais Est.

- Le Giennois, composé lui-même de deux régions distinctes : la Puysaye et le Berry, séparés par la Loire.

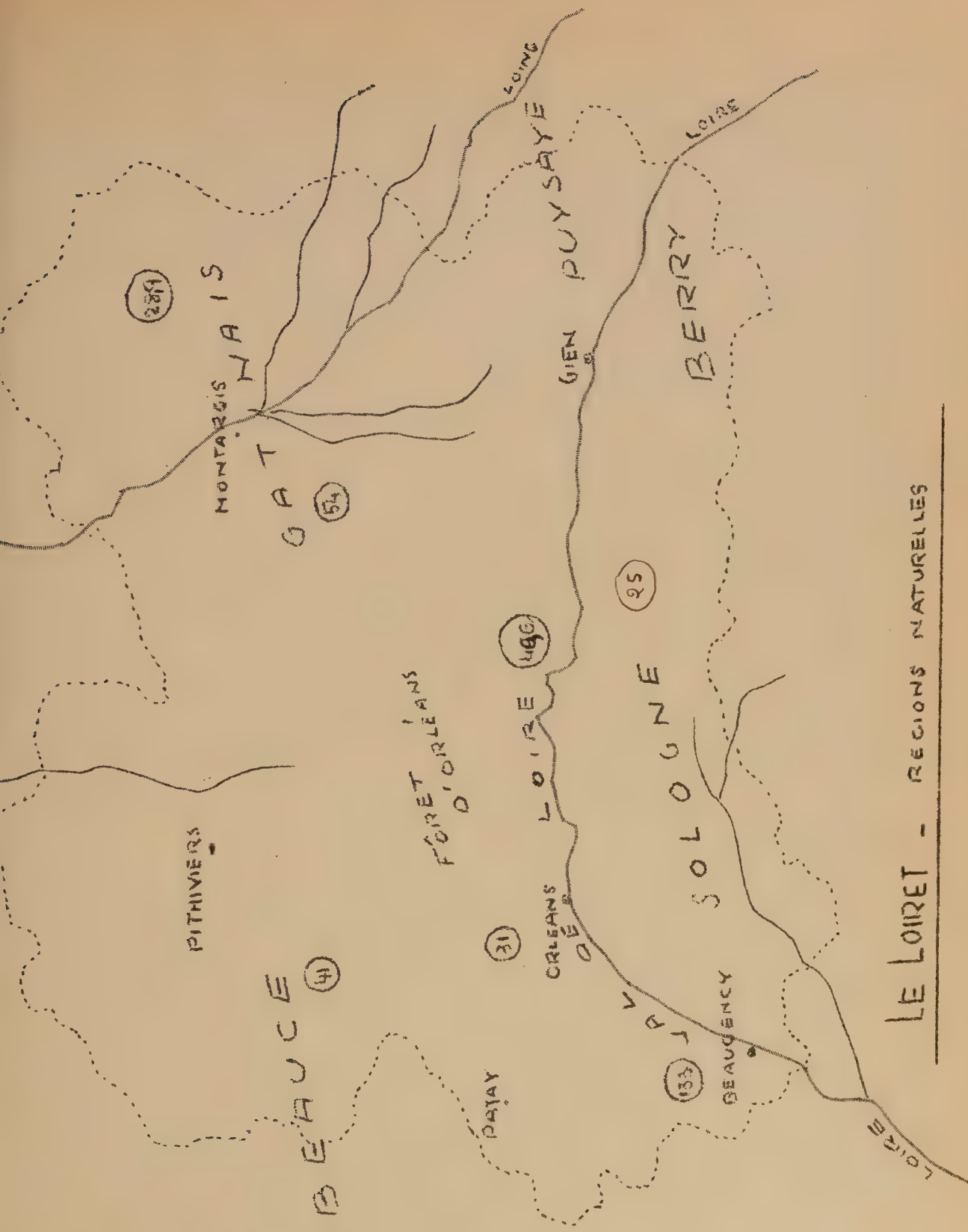
- L'Orléanais.

- Le Val de Loire.

- La Sologne.

Toutes ces régions, sauf l'Orléanais, débordent le cadre du Département.

La BEAUCE est la partie la moins irriguée de la région; cette riche plaine, surtout ^{au} ~~le~~ Nord-Ouest du Département, ou BEAUCE de PITHIVIERS, produit surtout des céréales; les fermes de 200 ou 300 hectares possèdent un équipement mécanique complet.



LE LOIRET - REGIONS NATURELLES

La Beauce, minimisant à l'extrême l'effectif des salariés, réduit à quelques saisonniers pour les betteraves, renonce de plus en plus aux cultures sarclées en faveur du colza et du maïs qui demandent moins de main-d'oeuvre. La densité de la population y est de 41 habitants au Km².

La BEAUCE dite de PATAY, à l'Ouest du Département, moins fertile, alterne la culture des céréales avec le trèfle incarnat et les prairies artificielles.

Attenant à la Beauce de Pithiviers, le GATINAIS-OUEST à l'Ouest du Loing, ou Gâtinais Orléanais, s'oriente de plus en plus vers la polyculture : céréales, betteraves, pommes de terre. La densité de la population atteint 54 habitants au Km².

Au delà du Loing, LE GATINAIS-EST, dit Gâtinais Français, se consacre, à côté de son élevage avicole renommé, aux cultures fourragères et à l'arboriculture. La densité de la population n'y est que de 28,9 habitants au Km².

Cette faible densité se retrouve dans la PUYSAYE et le BERRY, séparés par le fleuve, extrémité sud-est du Département aux confins de l'Yonne et de la Nièvre, région plus pauvre : céréales, prairies artificielles et élevage^{en} constituent les principales ressources.

l'Orléanais, au centre du Département, presque entièrement couvert par la forêt, où les cultures pratiquées sur les terres défrichées sont essentiellement le blé, l'avoine et les fourrages, compte une densité de 31 habitants au Km².

Le VAL DE LOIRE, entre deux régions ingrates, l'Orléanais au Nord, la Sologne au Sud, est une région à productions agricoles variées.

On peut y distinguer :

En amont du Chef-lieu, le VAL d'ORLEANS, où la densité de la population avoisine celle de la Beauce : 40,6 habitants au Km². Les grandes fermes s'adonnent à l'élevage et à la culture de céréales variées, s'orientent néanmoins vers les cultures industrielles.

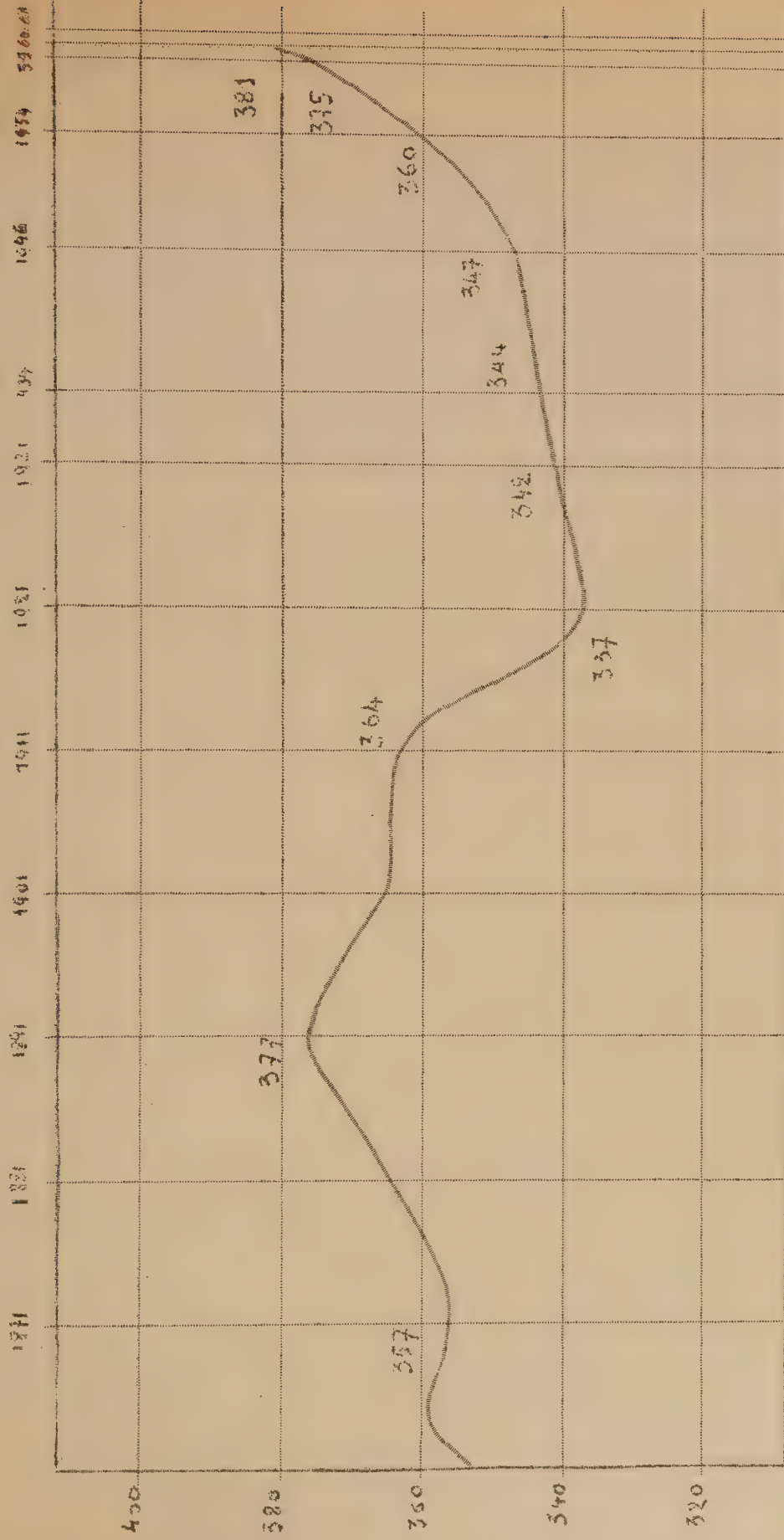
En aval du Chef-lieu, le VAL de BEAUGENCY est une région particulièrement fertile où, sur de petits domaines, vergers, vignobles, jardins et cultures maraichères font vivre une population dense mais dispersée de 133 habitants au Km².

La SOLOGNE, pays de bois et de landes, convient mieux à l'élevage qu'à la culture. C'est la région de plus faible densité : 25 habitants au Km².

La diversité des régions naturelles conditionne à la fois la variété des productions agricoles et le mode d'habitat : habitat dispersé dans le Val, le Gâtinais, la Forêt d'Orléans, concentré en Beauce où les fermes solidement construites en pierre de taille reflètent la prospérité de la région et se groupent autour du château d'eau en villages d'apparence austère. Par contre, en Sologne, les fermes modestes de briques roses, couvertes de tuiles présentent un aspect de vétusté surtout lorsqu'elles se trouvent éloignées des voies de passage.

MOUVEMENT DE LA POPULATION DANS LE DEPARTEMENT

_____ 0 _____



d'après "LES DOCUMENTS DE FRANCE"
renseignements fournis par la direction régionale de L'INSEE

Cette diversité du Loiret semble trouver aussi son écho dans les "mentalités" de ses habitants, si nous nous référons aux dictons populaires, grossières ébauches des différentes psychologies régionales.

On décrit le Beauceron comme un personnage réfléchi, dur à la besogne, le Solognot comme un sujet enjoué.

Au Val de Loire, "il faut entendre à demi-mot avec les gens de Jargeau".

Au pays de Berry, on dit : "sot comme un solognot", et la Sologne répond : "bête comme un berrichon". Plus subtil que ces boutades "niais de Sologne qui ne se trompe qu'à son profit", serait déjà significatif.

o

o o

En ce qui concerne la Population, il importe également de préciser :

- son mouvement,
- la répartition par arrondissement et dans les principales agglomérations.

Au recensement de 1954, la population du Loiret atteignait 360 523 habitants, répartis comme suit pour trois arrondissements de 31 cantons et 349 communes.

ORLEANS	:	202 605 h.	pour 16 cantons	(124 communes)
MONTARGIS	:	111 537 h.	- 10 -	(127 -)
PITHIVIERS	:	46 581 h.	- 5 -	(78 -)

Deux évaluations au 1er Janvier 1959, puis au 1er Janvier 1961, estiment respectivement la population totale du Département à 375 000 et 381 000 habitants. La densité moyenne y est donc de 55 habitants par Km² alors que la densité moyenne française est de 76,4.

Le Département a donc dépassé le maximum de peuplement qu'il avait atteint en 1891 (371 019 habitants).

Il est ainsi le plus peuplé des départements qui constituent la région sanitaire :

Cher	286 000 habitants	
Eure & Loir	267 000	-
Loir & Cher	240 000	-
Indre	247 436	-
Indre & loire	364 706	-

Le Loiret ne possède que 6 communes de moins de 100 habitants qui caractérisent les pays d'habitat dispersé.

Les communes de 1 000 et 1 500 habitants totalisent le plus gros chiffres de la population.

Théoriquement, sont rurales les communes dont le nombre d'habitants est inférieur à 2 000, mais certains gros bourgs sont considérés comme tels, dans la mesure où ils sont liés et dominés par la vie et l'économie rurale.

11 communes seulement se classent comme non rurales.

Le Loiret est donc typiquement et essentiellement un Département rural.

L'étude du classement de la Population active, du Département, par catégories socio-professionnelles, permet de noter l'importance de groupes représentant une certaine homogénéité sociale.

La population active des deux sexes compte pour l'ensemble du Département 158 116 personnes, dont 53 379 personnes vivant de l'agriculture.

Si les unités urbaines, avec 70 351 personnes, ne comptent que 4 801 agriculteurs, les communes rurales par contre, totalisent 48 578 agriculteurs sur une population active globale de 87 765 personnes.

Ainsi donc, la population active vivant de l'agriculture représente pour le Département 32,80 % de l'ensemble, répartie comme suit :

- salariés agricoles	8, 7 %
- agriculteurs	24, 1 %
{ agriculteurs propriétaires exploitants	12,5 %
" fermiers	11,5 %
" métayers	0,1 %

Parmi les groupes socio-professionnels, le groupe agricole vient donc en tête, immédiatement suivi par le pourcentage de 30,8 représentant les ouvriers :

- ouvriers qualifiés et spécialisés	24,3 %
- ouvriers manoeuvres	4,7 %

○

21107 13 3477

ARRON.^{de} MONTAR
111537

U
I
W
d

Argon: 102.6054
202.6054

CHER

Les autres groupes sociaux sont ainsi répartis :

- industriels	)	
- artisans	)	12 %
- petits et gros commerçants ...	)	
- professions libérales et autres		
cadres supérieurs		2,2 %
- cadres moyens :		
instituteurs	)	
services médicaux et sociaux .	)	5 %
techniciens	)	
agents administratifs	)	
- employés de bureaux et de		
commerce		9 %
- personnel de service		5,1 %

=====

Cette particularité du Département nous amène à récapituler très brièvement ses principales productions agricoles :

50 % des terres labourables	{ <u>céréales</u> {	{ surtout du <u>blé</u> avoine et seigle : pour couvrir les besoins des exploitations. orge : forme de culture industrielle alimentant les malteries.
30 % des terres labourables	{ plantes sarclées	{ 60 % de <u>betteraves</u> , approvisionnant sucreries et distilleries. pommes de terre.

- cultures oléagineuses : colza - lin.
- chanvre
- productions maraichères, p épinières, cultures florales, arboriculture et vignobles.

Localisées surtout dans le Val de Loire, elles sont expédiées vers PARIS, ainsi que la production laitière, les ovins et les produits de basse-cour.

o o

En ce qui concerne la vie urbaine, le Loiret possède sept petites villes qui, sauf la Ferté-Saint-Aubin, se situent toutes le long du Val de Loire et sont dotées d'une activité industrielle plus ou moins importante :

- GIEN : célèbre par sa Faïencerie,
- BRIARE : spécialisée dans la fabrication des jouets,
- CHATEAUNEUF : attachée à la fabrication des ponts suspendus et des câbles métalliques,
- MEUNG-sur-LOIRE : avec ses ateliers de fonte malléable,
- SULLY-sur-LOIRE : qui produit des cycles,
- LA FERTE-ST-AUBIN : dirigeant surtout son activité vers la fonderie.

En outre, peu de gros bourgs qui ne comptent une ou plusieurs industries d'un bout à l'autre du Département.

Aussi, bien que région à prédominance agricole, le Loiret possède une activité industrielle et commerciale diversifiée qui dépasse très largement celle des départements avoisinants.

Nous constatons que cette activité industrielle diffuse se présente sous trois aspects :

- industries nées de l'agriculture ou même pourrait-on parler d'agriculture industrialisée, à propos des distilleries d'Artenay, Beaune la Rolande, Chatillon-Coligny, des minoteries de Patay, des huileries de Férolles, des malteries de Pithiviers;

- industries artisanales et ancestrales telles les fonderies de cloches et le tissage, au même titre que les industries alimentaires liées à la confiserie et aux condiments.;

- industries décentralisées, à partir d'une redistribution des activités industrielles de la Capitale, les plus faciles à disperser hors de l'agglomération parisienne.

D'autre part, cette re-distribution, combinée avec les opérations d'urbanisme, prend figure de réanimation de villes jadis stérilisées dans leur développement par la centralisation parisienne.

C'est ainsi qu'ORLEANS, de même que les villes du pourtour du bassin parisien, a pris depuis la Libération, un essor considérable marqué par l'installation dans les communes toutes proches, d'une importante usine de pneumatiques et par la créa-

tion d'un groupe industriel de 40 ha comprenant : construction de machines agricoles, industries mécaniques, pharmaceutiques, tôleries, cartonnerie.

ORLEANS est sans conteste la "grande ville" qui, avec 76 439 habitants, atteignant avec ses faubourgs 88 853 habitants, réalise une densité de 1 350 habitants au Km², soit 25,35 % de la population du Loiret.

Premier carrefour vers le centre de la France et le Sud-Ouest, noeud ferroviaire à une heure de Paris, ORLEANS s'épanouit sur les bords de la Loire. La richesse de son passé et son essor industriel actuel en font une grande cité.

A 80 kms seulement de Paris, PITHIVIERS est la plus petite ville parmi les trois agglomérations urbaines du Département.

Essentiellement ville-marché de 6 944 habitants, elle vit par et pour sa région. Très significatives de ce fait sont les industries nées de l'agriculture, groupées à sa périphérie.

Ville prospère, centre industriel animé, un tant soit peu écrasé par l'industrie du caoutchouc, qui emploie dans ses faubourgs plus de 4 000 ouvriers, MONTARGIS se présente bien comme le second pôle actif du Département.

Sans lien de tutelle à l'égard d'Orléans, le "Venise du Gâtinais" est le chef-lieu d'un territoire particulariste.

Qu'il s'agisse de voies d'eau, de routes ou de réseau ferroviaire, les deux villes s'opposent pour ainsi dire point

par point.

MONTARGIS, par le Loing, appartient au bassin de la Seine. Première étape de la Nationale 7, vers le Midi, à une heure seulement de Paris au départ de la Gare de Lyon; c'est par contre un trajet de deux heures par voie ferrée qui la relie au chef-lieu.

A même distance de la Capitale, aussi bien par la route (Nationale 20) que par le rail au départ de Paris-Austerlitz ORLEANS est une ville de Loire.

C'est ainsi que MONTARGIS, avec ses 15 117 habitants 33 000 avec ses communes suburbaines, "fait figure de seconde capitale, rêve par instant de ce Département du Loing dont elle s'estime frustrée et, conduite par la voie d'eau et le chemin de fer, se tourne avec le Gatinais qu'elle commande, plus vers PARIS que vers son chef-lieu".

Au terme de cette étude, ce sont les qualificatifs d'équilibre, de mesure, d'harmonie qui viennent à l'esprit pour caractériser ce Département où tout demeure à l'échelle humaine.

L'accumulation de toutes ces données géographiques, démographiques et économiques qui s'est imposée à nous, constitue des documents qui sont, à notre avis, directement utilisables pour la future organisation à prévoir.

De ces données, nous n'avons pu exploiter que les plus importantes :

- régions naturelles,
- répartition de la population dans les arrondissements et les principales agglomérations,
- moyens de communication.

Certaines caractéristiques démographiques locales donnant un caractère d'unité à certaines régions, nous ont amenée à reconnaître nettement deux territoires autonomes :

- l'arrondissement d'ORLEANS
- l'arrondissement de MONTARGIS.

=====

=====

o

o o

Nous avons vu que certaines exigences imposaient une répartition inégale des services à l'intérieur de l'Hopital. L'inégalité de dimensions des deux arrondissements du Loiret facilitait cette création de deux services inégaux.

En fonction des chiffres de la population traitée à l'Etablissement au cours de l'année 1958, il a suffi de partager les cantons de l'arrondissement de PITHIVIERS entre les deux secteurs, pour réaliser une répartition conforme aux données démographiques.

Restait à résoudre le problème des malades étrangers au Loiret répartis en deux catégories :

- les "sans domicile fixe",
- les "étrangers au Département",

ces deux catégories comportant chacune le même nombre d'admissions pour cette année 1958, prise pour base, il a été possible d'en attribuer une à chacun des services.

Voir CARTE illustrant ce tableau récapitulatif
pour les entrées en Service-Hommes en 1958

Arrondissement d' <u>ORLEANS</u> :	173	Arrondissement de <u>MONTARGIS</u> :	78
+		+	
2 cantons de PITHIVIERS :	29	3 cantons de PITHIVIERS	4
(Outarville et	}	(Puisseaux, Malesherbes et	}
(Pithiviers le Vieil		(Beaune la Rolande	
	---		---
Total	202	Total	82
Sans domicile fixe	21	Départements étrangers	28
	---		---
	231		110
	===		===
SOIT 2/3		SOIT 1/3	

Ainsi, lors de l'ouverture du 4ème service, en Avril 1960, la répartition des deux Services-Hommes se présente comme suit :

Secteur <u>ORLEANS</u>	(	300 malades adultes hospitalisés	
	(	Prise en charge d'une population de	
	(	227 940 habitants.	
	(	2 consultations par mois au Dispensaire	
Secteur MONTARGIS ..	(	178 malades adultes hospitalisés	
	(	Prise en charge d'une population de	
	(	132 583 habitants	
	(	2 consultations par mois au Dispensaire	
	(	90 garçons	I.M.P.
	(	42 filles	
	(	33 garçons inéducables	

=====

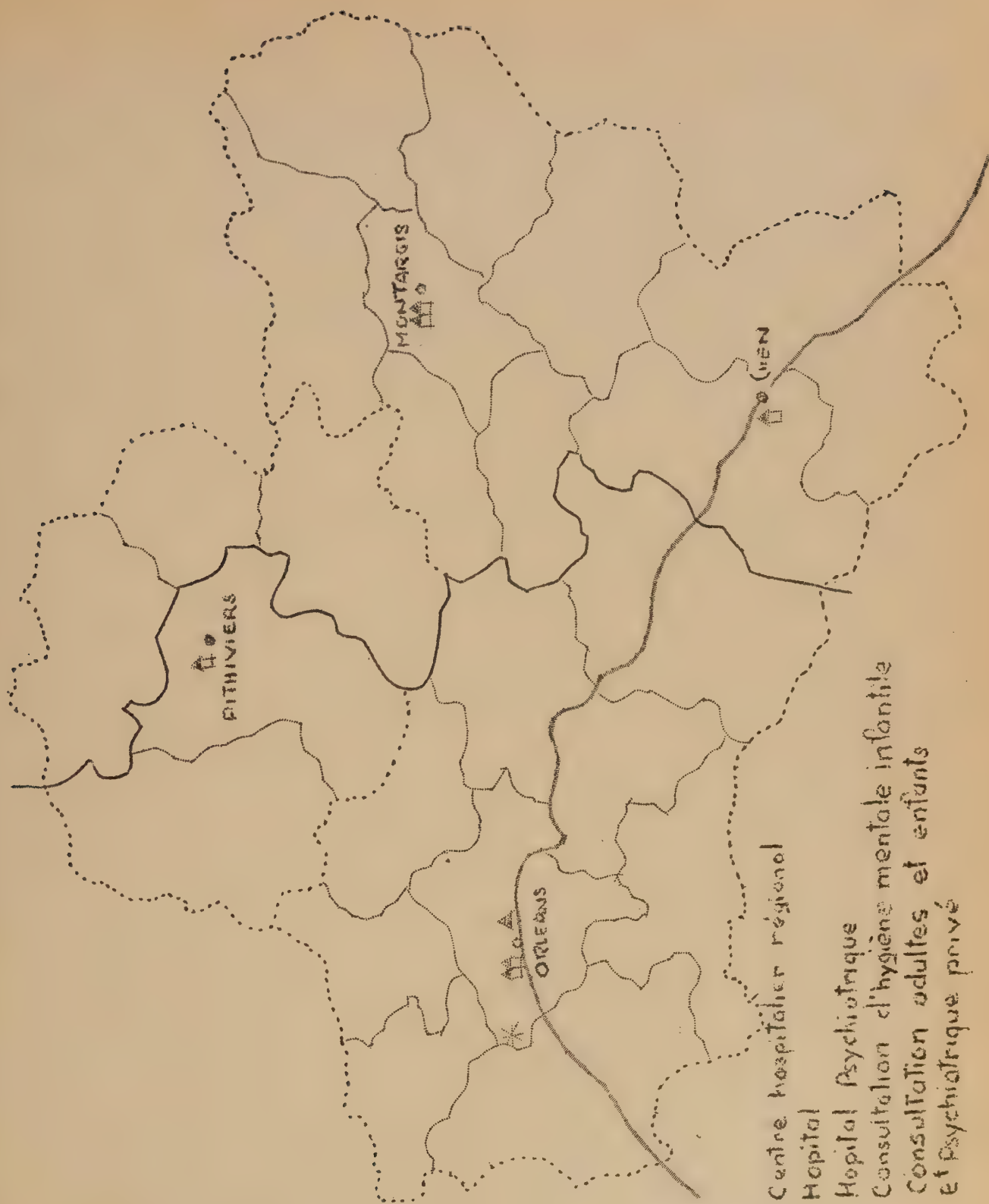
=====

CHAPITRE III

RESSOURCES DISPONIBLES ET BESOINS A PREVOIR

Après un an de fonctionnement des Services Hommes
sur le mode d'une sectorisation bipolaire du Département.

=====



○ ● ▲ ▢ *

La circulaire ministérielle du 15 Mars 1960, relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, prévoit une division des départements en un certain nombre de secteurs géographiques à l'intérieur desquels la même équipe médico-sociale devra assurer pour tous les malades hommes et femmes la continuité indispensable entre : dépistage, traitement sans hospitalisation s'il est possible, soins avec hospitalisation, surveillance de post-cure.

L'Etude démographique et économique du Département ainsi que l'inventaire des besoins à assurer dans l'immédiat ont conduit au découpage fonctionnel du Département.

Un an de fonctionnement des Services nous permet d'envisager plus précisément un tel plan d'organisation en fonction des besoins actuels.

Un des premiers objectifs atteint avec le découpage du Département en aires de recrutement est celui de l'ébauche d'une continuité des soins : le même médecin assurant les soins à l'Hôpital et aux consultations de dispensaire, les rechutes revenant au même service, dans la mesure où elles se produisent dans les 3 mois après la sortie d'essai.

Si la création d'un quatrième service a amené de plus grandes possibilités de traitement individuel des malades, il n'en demeure pas moins que le chiffre optimum de capacité

D'hospitalisation de l'Hôpital (969) est insuffisante pour satisfaire les besoins du Département, si l'on se réfère aux normes de l'O.M.S., 3 lits pour 1 000, soit 1 124 à 1 140 lits.

Ainsi la situation oscille entre deux menaces perpétuellement et quotidiennement renouvelées :

- l'encombrement,
- la sortie dans de mauvaises conditions.

Pour le secteur de MONTARGIS, deux consultations par mois "sur place" amènent 14 à 20 consultants à chaque vacation.

Il ne s'avère pas possible de recevoir tous les malades et encore moins d'assurer le contact avec les familles, ne serait-ce que celles des entrants.

Cette situation nous a amenés à envisager une mesure palliative : une consultation par semaine à l'Etablissement.

Cette formule s'avère à l'usage désastreuse, dans la mesure où l'Etablissement est complètement excentré par rapport à la région qu'il dessert, en ce qui concerne le secteur de MONTARGIS.

Les communications intra-départementales sont longues et difficiles, formées essentiellement de trois réseaux routiers convergents autour des trois villes-marché : ORLEANS, PITHIVIERS, MONTARGIS. Quant à GIEN, quatrième pôle du Département, il est aisé de constater sur une carte que les communications, relativement faciles avec Montargis et Orléans, permettraient à la rigueur pour le moment, de surseoir à l'installation d'un équipement autonome.

Treize compagnies de cars sillonnent le Département, mais une seule assure les correspondances avec la S.N.C.F. Et, ce n'est que grâce à des acrobaties d'horaires que les malades du Nord de la Beauce, de l'extrémité Est du Gatinais ou de la région de Briare réussissent à emprunter la Micheline Montargis-Orléans.

La plupart des malades sont réduits à sacrifier une journée entière pour se rendre à la consultation.

- Il faut partir à 7 h. de Montcresson pour arriver à Montargis à 7 h.30, prendre le car qui arrive à Orléans à 9 h.30, pour reprendre l'autobus arrivant à Fleury à 10 h.30.

- pour le retour : prendre la Micheline à 13 h. jusqu'à Montargis -la seule correspondance est 17 h.- 2 h.30 de trajet - Aller et retour : 1 500 Fr. + le repas.

Mr. V..., de la Selle sur le Bied, doit partir à 6 h.30 pour arriver à Griselles à 7 h. - prendre le car "TREC" jusqu'à Orléans, puis de nouveau l'autobus jusqu'à Fleury - Aller et retour : 1 400 Fr. + 1 repas.

- De Briare à Fleury, il faut compter également 2h.30 de trajet aller; coût : 1 260 Fr., avec deux correspondances.

En tenant compte des difficultés présentes, ne pourrait-on se demander si une division du Département qui prendrait l'Hôpital Psychiatrique de FLEURY comme pivot et donnerait également regard sur deux régions distinctes ne serait pas plus satisfaisante. Un des dangers de certains projets de psychiatrie de secteur actuellement en cours, consisterait à tenir compte de facteurs contingents. Nous avons été nous-même tenté de faire passer

avant la priorité des voies de communications, les facilités de fonctionnement des équipes médico-sociales. Nous savons que des problèmes du même ordre se sont trouvés dans d'autres départements. Deux équipes médico-sociales installées à FLEURY auraient eu une plus grande facilité de fonctionnement, si leurs secteurs respectifs s'étaient rejoints, par exemple, au centre de la Ville d'Orléans.

Le Département aurait été coupé arbitrairement suivant une ligne horizontale. Ainsi, les deux équipes médico-sociales à pied-d'oeuvre, auraient pu assurer simultanément des consultations au dispensaire d'Orléans. L'Hopital Psychiatrique de Fleury aurait ainsi débouché sur deux régions distinctes.

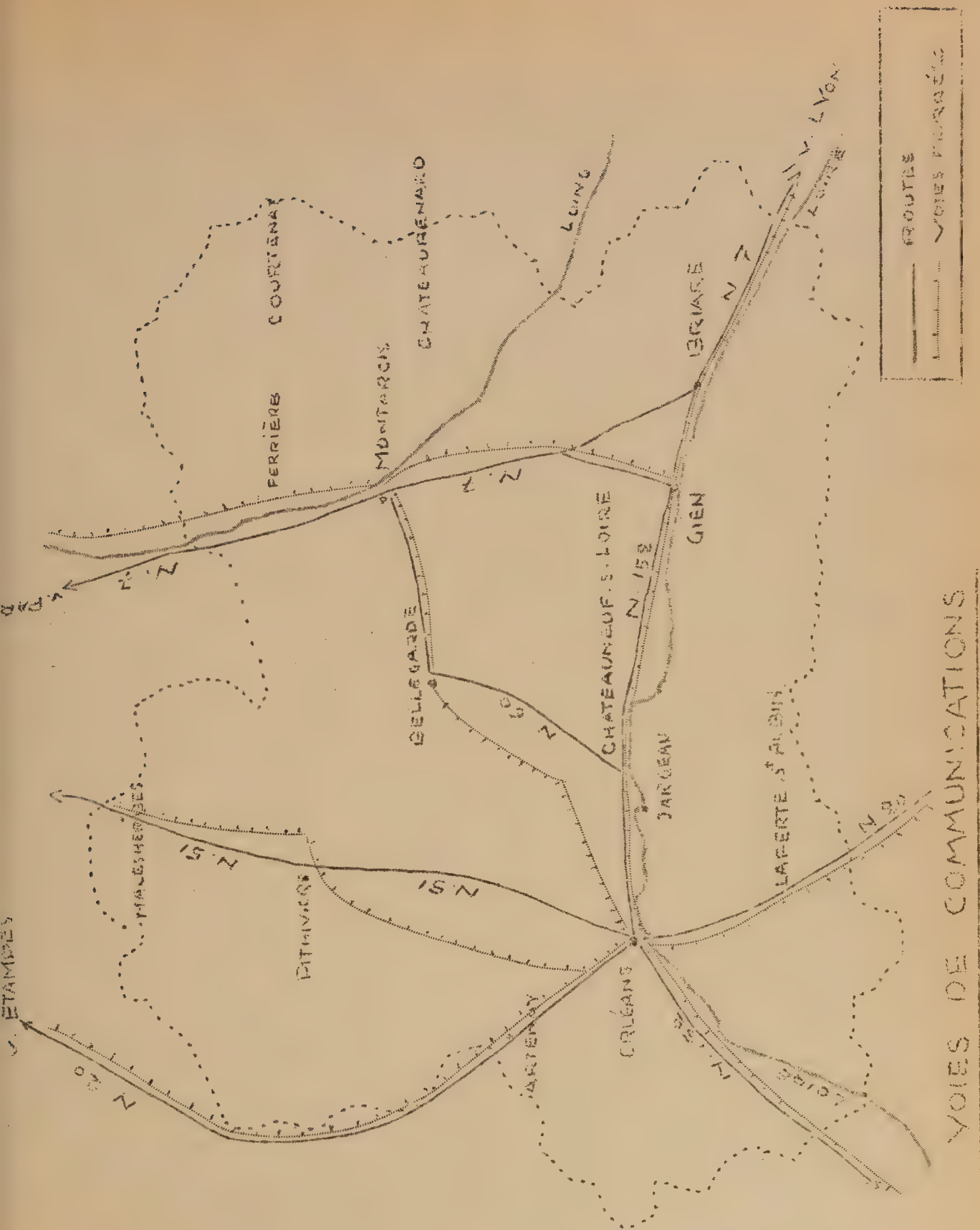
Il semble inutile d'insister sur le caractère artificiel d'un tel découpage, qui ne tient compte que des facilités de travail offertes aux équipes médico-sociales.

En fait, ce ne serait que s'accommoder d'une situation qu'il convient de dépasser, cette formule n'étant pas conforme à la division démographique décrite plus haut.

La véritable division bipolaire du Département telle qu'elle a été établie étant la seule vraiment fonctionnelle.

Ces conclusions tirées de la pratique recourent les premières constatations faites par les médecins qui, dans des régions différentes, ont entrepris une "sectorisation", à savoir :

- que le découpage doit être effectué en accordant la primauté aux moyens de communications;



VOIES DE COMMUNICATIONS

- qu'il est nécessaire que l'Hôpital Psychiatrique se trouve à proximité immédiate des grands centres médicaux mais également à distance raisonnable de tous les points qu'il dessert.

Il semble donc que la création à l'Hôpital Général de MONTARGIS d'un quartier d'hospice de 200 lits environ résoudrait plusieurs des problèmes exposés ci-dessus :

- une unité de soins serait ainsi créée avec une équipe medico-sociale à pied-d'oeuvre;

- cette unité serait d'autre partrattachée à l'Hôpital Général de MONTARGIS, centre par ailleurs bien équipé en services de chirurgie et en services spécialisés.

Cet impératif est d'ailleurs apparu de lui-même aux médecins de l'Hôpital Général qui ont entrepris la prise en charge d'alcooliques en désintoxication, en accord avec le chef de service de FLEURY.

Depuis Septembre 1960 : 15 malades ont été traités dans le centre de "dépannage" créé à MONTARGIS, deux ^{d'entre} ~~autres~~, eux, ont d'ailleurs été confiés à ce centre par l'Hôpital Psychiatrique lui-même, la plupart des autres venant, incités par le mouvement "Vie Libre", association créée et implantée dans cette ville depuis le début de l'année 1960 grâce aux efforts conjugués des médecins de l'Hôpital de MONTARGIS et de FLEURY-les-AUBRAIS.

La création de ce quartier d'hospice de MONTARGIS permettrait de reprendre en compte ce ^tgenre de dépannage et assurerait le désencombrement de FLEURY.

De plus, l'ouverture dans l'avenir :

- en Seine et Marne : d'un quartier psychiatrique de 100 lits prévus à l'Hôpital de LAGNY;
- en Loir et Cher : d'un quartier psychiatrique de 120 lits à BLOIS;
- d'un service de 300 lits à ROMORANTIN, permettra de soulager le Loiret de nombreux malades originaires de ces deux départements dépourvus jusqu'alors de formation spécialisée.

Quoiqu'il en soit, cet équipement hospitalier devrait être complété par l'amélioration de l'équipement extra-hospitalier.

En ce qui concerne les consultations au dispensaire, il s'avère urgent :

- de créer de nouvelles consultations d'adultes à GIEN et PITHIVIERS pour desservir le Gâtinais;
- d'accroître le nombre des vacations à MONTARGIS.

En attendant la création d'une unité sociale autonome dans le secteur de MONTARGIS, il conviendrait au minimum de recruter une assistante sociale résidente et une secrétaire médico-sociale travaillant en liaison avec FLEURY.

La multiplication des consultations, assurant vraiment les post-cures des malades sortis, permettrait peut-être alors de recevoir des malades nouveaux, inaugurant l'ère du dépistage et de la prophylaxie.

Cependant, il ne semble pas question de parler raison-

nablement de dépistage dans le Département. En effet, ce dépistage doit entrer dans le cadre général d'une réelle prise en charge de la santé mentale d'une population.

Or, le Loiret ne dispose encore actuellement que de deux moyens d'assistance aux malades mentaux :

- l'hospitalisation,
- la consultation au dispensaire.

De plus, il ne saurait être question de se contenter uniquement d'une multiplication des consultations du dispensaire. L'équipement psychiatrique doit comporter en effet des structures intermédiaires. Le dépistage dans les dispensaires n'a pas seulement pour but de recruter des malades d'Hopital Psychiatrique.

Actuellement, c'est surtout en fonction des sorties que s'établissent les besoins en structures latérales, plus exactement, en fonction des possibilités de sorties qui seraient ainsi offertes; d'autre part, certaines rechutes seraient évitées si, après la sortie, les moyens de consolidation valables existaient.

Nous avons déjà examiné les différentes causes qui conditionnent l'augmentation des sorties des malades mentaux depuis ces dernières années :

- large éventail^{de} thérapeutiques
- lutte contre la "sédimentation" et la "chronicisation".

Il ne nous semble pas paradoxal de dire que "malade sorti ne veut pas dire malade guéri". Peut-être même pourrait-on le

considérer comme doublement convalescent : du fait de sa maladie et de son internement.

Bien entendu, il convient toujours de considérer l'intrication des facteurs individuels et de milieu dans l'éclosion et le développement des troubles mentaux.

"La maladie mentale est la conséquence, avant d'être la cause d'un trouble dans les rapports individu-milieu" (SIVADON).

Si on accepte comme définition du rôle du psychiatre celui de "faire sortir le malade", il faut lui donner les moyens de réaliser cette sortie en tant qu'acte thérapeutique et non pas comme simple formalité.

La sortie du malade est un moment du traitement. Atteint au départ dans sa capacité d'adaptation sociale, puisqu'on a résolu de l'exclure de la société, il faut ajuster sa réadaptation en fonction de ses possibilités, éviter le "parachutage" dans une société à rapports sociaux complexes.

"Réadapter, c'est redonner à l'individu les possibilités de vivre par son travail dans une société qui l'accepte"; ce n'est pas délivrer une ordonnance au cours d'un entretien de dispensaire d'un quart d'heure qui peut donner l'illusion même de faire oeuvre utile.

Si l'on se réfère aux statistiques fournies par la Direction de la Main d'Oeuvre, on note au 1er Janvier 1960, pour toutes les catégories de salariés du Département :

- 19 offres d'emploi insatisfaites et
- 884 demandes d'emploi insatisfaites,

soit une augmentation de 35 % des demandes non satisfaites par rapport au 1er Janvier 1959.

Cette situation donne l'idée des difficultés susceptibles d'être rencontrées pour le reclassement de nos malades sortis, difficultés d'ailleurs indépendantes de l'équipement.

Si, dans un très petit nombre de cas, le malade, à sa sortie, reprend son ancien emploi, c'est surtout le cas des sujets venus entre autres pour désintoxication simple, pour états dépressifs réactionnels; dans la majorité des cas, le psychopathe se retrouve à l'extérieur à la recherche d'un emploi, bénéficiant d'une convalescence souvent inutile, dans l'ambiance anxiogène de l'attente d'un emploi, alors que la forme de convalescence la plus valable serait une reprise de travail précoce, progressive, "assistée".

A ce propos, l'observation de cas de quelques malades illustre ce problème crucial du réemploi et de la réadaptation au travail.

- Mr. M..., 37 ans, entre dans le service en placement d'office pour menaces et violences accomplies en état d'ivresse. Dès le lendemain de son arrivée, la transformation de placement est demandée en fonction de son état "à jeun".

Sevrage et désintoxication accomplis, il sort au bout de 7 semaines.

Quelques jours après sa sortie, Mr. M... appelle en consultation son médecin traitant pour un abcès dentaire. Le patient tardant à venir et l'aspirine ne le soulageant pas, Mr. M...

prend quelques comprimés d'Immenoctal pour ... dormir. A son arrivée, le médecin conclut à une tentative de suicide et le "réexpédie" à FLEURY.

A son arrivée, Mr. M... n'est que somnolent, répond aux questions, demande à être soulagé.

Le surlendemain, son abcès incisé, il rentre chez lui décidé à s'employer rapidement. Mr. M... constate bientôt qu'il ne peut rien espérer trouver dans la région. A B... S/Loire, Mr. M... est "grillé". C'est alors qu'en Seine & Marne, il trouve une place de berger; deux candidatures sont retenues dont la sienne, mais, au dernier moment, "on" prend des renseignements, mais "on" ne prend pas la peine de lui signifier le refus d'embauche.

Mr. M... espère, attend, puis, la date prévue de reprise de travail étant dépassée, n'attend plus mais se déprime vraiment, refuse de s'alimenter et réclame des barbituriques. Sa femme inquiète appelle de nouveau le médecin traitant qui refuse de se déranger et lui conseille de téléphoner à l'Etablissement pour qu'une ambulance vienne le reprendre.

Le soir même de sa troisième entrée, M. M..., après un court entretien, accepte sans difficultés son repas. Quelques jours suffisent à le remettre "sur pied".

Actuellement, M. M... a quitté B..., a enfin trouvé une place de berger. Il y est logé avec sa femme et ses cinq enfants. Trois mois se sont écoulés depuis sa dernière sortie; Il

ne boit pas.

Mr. B..., peintre en batiments, ne peut plus, depuis une chute d'échafaudage, reprendre d'activité sur un chantier. Divorcé depuis 8 ans, sans famille.

Désintoxiqué deux fois à l'Etablissement, il va lors de sa sortie, de place en place, s'employant tantôt comme saisonnier dans l'agriculture aux périodes fastes des betteraves ou battages, tantôt comme manoeuvre sur un chantier; mais, dans ce cas, les frais d'hôtel grèvent rapidement son budget modeste. Il ne "tient" pas et revient périodiquement.

Mr. B... est actuellement hébergé à l'Hôpital Psychiatrique. Il n'y est pas à s a place.

S'il n'est pas dans notre propos de considérer combien l'inaptitude professionnelle du psychopathe entraîne d'efforts réitérés d'adaptation, pour un individu déjà fragilisé dans sa faculté adaptative, il nous appartient par contre, de démontrer par ces exemples, les besoins urgents d'une ~~entreprise~~ entreprise protégée du travail, qu'il s'agisse de rééducation professionnelle ou simplement d'hébergement, ce qui constitue souvent l'aspect le plus important du reclassement.

Si tant de malades reviennent à l'Hôpital Psychiatrique, c'est parce que nous manquons de moyens nécessaires à leur encadrement.

C'est également le cas de Jacques F..., jeune schizophrène qui, après de longs mois de traitement, est actuellement stabilisé par des doses importantes de neuroleptiques. Ouvrier charcutier, les différentes tentatives de réemploi ont échoué parce que les patrons n'y "trouvent pas leur compte", ne lui reprochant rien de particulier, si ce n'est un rendement de travail insuffisant.

Le milieu de transition nécessaire pour la réadaptation pourrait être réalisé par la création dans le Département de foyers de post-cure, tels qu'ils sont souhaités par la circulaire du 15 Mars 1960, tels qu'ils ont été définis par le Comité des Experts de la Santé Mentale de l'O.M.S. :

"pour aider temporairement les malades qui, tout en ayant repris leur travail, n'ont pas suffisamment retrouvé leur équilibre
 "pour s'occuper de leurs affaires personnelles, ou les sujets
 "privés de toute initiative qui sont trop sensibles pour nouer
 "des relations normales avec leurs semblables.",

foyers pouvant inclure des ateliers où "les malades
 "tout en gagnant leur vie, restent sous surveillance médico-so-
 "ciale".

Deux foyers : un pour les hommes, un pour les femmes, comptant chacun une vingtaine de lits seraient à créer pour commencer dans la région orléanaise.

L'Hôpital de jour, autre formule préconisée par cette circulaire, a été inaugurée dans les pays Anglo-Saxons et les

premiers essais ont déjà fait leurs preuves.

Combien de rechutes remises "sur pied" en quelques jours et dont le réinternement ne vient que dramatiser la situation ! Combien de malades vus hâtivement en post-cure et pour lesquels un traitement ambulatoire ne fait que retarder l'échéance d'une réhospitalisation ! Celle-ci se fait alors à un stade beaucoup plus tardif tandis que ~~chez~~ le malade ^{étant} pris à temps, aux premiers symptômes d'alarme, la rechute aurait pu être contrôlée.

L'Hôpital de jour, Hôpital sans lits, où les malades viennent soit toute la journée, soit quelques heures, regagnant leur domicile chaque soir, est une création actuellement possible faute de mieux, dans l'enceinte de l'Hôpital Psychiatrique, (les malades domiciliés à Orléans pouvant, en effet, facilement rentrer chez eux le soir). Deux médecins envisagent d'accueillir chacun 20 malades relevant de cette formule.

Bien entendu, cette installation à l'intérieur même de l'Hôpital Psychiatrique n'exclue pas la nécessité de prévoir un équipement en matière d'ateliers protégés et la formation de personnel qualifié pour assurer le fonctionnement de ces derniers.

Ainsi disparaît ^{rait} l'alternative : interné ou laissé sans soins,

grâce à la possibilité de soigner néanmoins le malade dont l'état ne nécessite pas d'hospitalisation.

Quant aux foyers de post-cure, ils permettraient d'offrir aux sujets à capacité d'adaptation réduite, un milieu de sou-

tien hors de l'Hôpital, où ils pourraient trouver lorsqu'ils sont en difficulté : "un refuge provisoire où ils seraient pris en mains, à la fois sur le plan psychologique et sur le plan socio-professionnel par l'équipe médico-sociale". (Le Guillant, Sivadon, et Parienté).

°
° °

Nous référant à notre définition initiale :

"Réadapter, c'est redonner à l'individu les possibilités de vivre "par son travail dans une société qui l'accepte", et après nous être attachée à étudier les modalités de réalisation du premier point, nous nous attarderons maintenant à envisager les perspectives d'une socio-thérapie bien comprise. On a coutume de penser que la vie dans une collectivité rurale réclame un niveau moins élevé d'adaptation que l'existence dans une grande cité; de dire même que le monde rural possède à cet égard une faculté d'assimilation, de tolérance sociale aux malades non dangereux qu'il est difficile de trouver ailleurs.

Deux réserves nous semblent devoir être faites :

- n'est-il pas plus exact de parler, dans bon nombre de cas, de "camouflage" plutôt que de tolérance pour ces malades pas très "normaux" aux dires de la famille et amenés à l'Hôpital Psychiatrique à un stade tardif de mutisme catatonique ou à l'occasion d'une impulsions.

C'est le cas de Mr. C..., père de 11 enfants, traité dans le service en cure de désintoxication, qui, mis en confiance, nous révèle spontanément ses soucis au sujet de sa fille aînée de 24 ans, qui, depuis des années, refuse tout contact social ne sortant de sa chambre que pour prendre ses repas.

D'autre part, l'observation citée plus haut, nous a permis de réaliser d'une façon tangible combien ^{dans} le groupe d'inter-connaissances du village, l'image de Mr. M..., connu comme ivrogne et interné en état d'ivresse, restait fixée comme telle, une fois pour toutes.

"En province", on connaît mieux tous les aspects de la personnalité d'un individu aussi bien que ses activités.

Un tel est "catalogué" soit par son passé, soit par les circonstances de son internement, soit par son séjour "à Fleury", souvent par les trois à la fois.

C'est ainsi que la plupart du temps, le malade aux capacités adaptatives réduites va se heurter à la méfiance de la famille, des voisins, de l'employeur.

La tâche d'une assistance psychiatrique bien comprise ne serait-elle pas de modifier et d'adapter le milieu aux possibilités de l'individu ?

L'existence même des structures souhaitées donnant la possibilité à chaque malade d'être traité à tous les moments de l'évolution de sa maladie grâce à une gamme variée de moyens, aura pour conséquences directes :

- de "dédramatiser" le traitement psychiatrique en tant que tel;

- de pallier l'inquiétude d'une rechute éventuelle pour le malade aussi bien que pour son entourage par l'assurance d'une reprise en charge dans le cadre qui lui conviendra le mieux.

Cette "sécurisation des familles", cette "démystification" du fait psychiatrique, comme l'ont très justement nommée certains auteurs, n'étant qu'une perspective, envisageons pratiquement, comment il s'avère possible dans le cadre d'une psychiatrie de secteur, non seulement de réduire la barrière des préjugés, mais dans une optique plus dynamique : d'informer.

En dehors des lettres au médecin traitant à la sortie du malade, des contacts pris avec les assistantes sociales de toutes branches, venues en début d'année 1960 effectuer un stage à l'Hopital Psychiatrique, ce n'est que fortuitement que l'on connaît l'aptitude de tel hospice, de tel employeur compréhensif, de tel maire de Commune, de tel médecin du travail ou médecin de famille, à oeuvrer efficacement pour le reclassement de tel ou tel malade.

On peut souhaiter dans l'idéal l'existence en quelque sorte de correspondants, dans chaque canton, personnalités pouvant, en liaison avec l'équipe médico-sociale, trouver les solutions pratiques pour résoudre une situation donnée, aidant pour ainsi dire à matérialiser les projets parce qu'étant du "pays".

Il ne semble pas possible matériellement de prospec-

ter, "d'écumer" ainsi au jour le jour les possibilités d'un secteur. Plutôt que ce plan de travail, à la petite semaine, c'est par l'élaboration d'un plan d'ensemble que doit se résoudre le problème.

o

o o

C'est ainsi que la Société d'Aide à la Santé Mentale du Loiret a été constituée le 26 Janvier 1961.

o

o o

Cette Société se propose de venir en aide, sous des formes diverses, à toutes personnes (adultes et enfants) auxquelles se pose un problème d'Hygiène mentale et résidant dans le Département.

Différentes personnalités appartenant aux organismes de Sécurité Sociale ou à l'Administration (Ministères de la Justice et de l'Education Nationale, de la Santé Publique), des représentants d'organismes privés intéressés directement ou indirectement à l'hygiène mentale (Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence, Associations d'anciens buveurs....), se sont groupés dans la Société d'Aide à la Santé Mentale du Loiret.

Cette Association, qui a besoin pour remplir les tâches qu'elle s'est proposée, de multiples concours, s'est fixé un double objectif :

1°) Objectif à court terme : mise en place au Siège Social d'un embryon d'organisation administrative, d'une permanence, d'un secrétariat. Ces bases indispensables doivent permettre à l'Association d'assurer un fonctionnement certes modeste, mais d'emblée efficace.

Une secrétaire à temps plein assumera à elle seule, pour commencer, les tâches administratives essentielles -comptabilité, adhésions...- et les formes multiples d'aide individuelle qui ne tarderont pas à se manifester : secours matériels divers, orientation sur les organismes existants en ce qui concerne l'accueil, le logement, le travail.

Elle organisera le programme annuel de conférences et de propagande contre les préjugés concernant les troubles mentaux et nerveux.

2°) Objectif à long terme : l'Association espère mettre en place progressivement l'équipement extra-hospitalier comportant des foyers, des ateliers protégés et tout un ensemble d'organismes d'assistance pour la post-cure des malades sortis de l'Hôpital. La prévention et la prophylaxie son également, d'une certaine manière, de son ressort.

o

o o

La convergence de ces réalisations permettra seule d'aboutir à une réelle prise en charge de la Santé Mentale d'une population, "la même équipe médico-sociale gardant la responsa-

"bilité du même malade depuis l'apparition des troubles jusqu'à
 "la réinsertion correcte dans un milieu qui lui-même peut-être
 "traité".

Avant d'envisager les problèmes particuliers concernant les personnes âgées et les enfants, nous résumerons brièvement les créations d'équipement jugées nécessaires pour les adultes.

- un service psychiatrique à rotation rapide de 200 lits environ, rattaché à l'Hôpital de MONTARGIS, second pôle démographique du Département;

- une augmentation du nombre des consultations au Dispensaire de MONTARGIS - la création dans cette ville d'un poste d'assistante sociale et de secrétaire médico-sociale;

- l'implantation de consultations à GIEN et PITHIVIERES

- la création de deux foyers de post-cure chacun pour hommes et femmes, dans l'agglomération orléanaise;

- un Hôpital de Jour accueillant 20 malades de chaque sexe, les ateliers protégés pouvant être créés dans le cadre du foyer de post-cure ou de l'Hôpital de Jour.

Ce programme a d'ailleurs été arrêté définitivement avec la Direction de la Santé et doit être soumis aux autorités de tutelle. Or, il est évident que le choix d'un tel programme et les projets d'équipement qu'il comporte, ont été, en quelque sorte, suscités et imposés par le désir commun d'appliquer une Psychiatrie de Secteur. C'est en somme le désir d'introduire dans le Loiret une organisation sur le mode de la Psychiatrie de Sec-

teur qui a révélé les besoins à prévoir.

Il serait souhaitable, nécessaire même, d'établir pour la population présente à l'Hôpital Psychiatrique, les différentes catégories socio-professionnelles, telles que nous les avons envisagées dans l'étude démographique pour l'ensemble du Département. On peut comprendre, en effet, l'importance de ces données pour les projets d'équipement.

Ainsi, à MONTARGIS, Hutchinson, la plus importante usine du Département, employant 4 000 ouvriers (les autres groupes industriels du Loiret ne dépassant pas le millier) fournit un apport important d'alcooliques venant pour désintoxication.

Une enquête auprès des services médico-sociaux de l'usine nous a révélé, pour l'année 1960, l'existence de 90 personnes (hommes et femmes) ayant fait l'objet, soit de dépistage, soit de traitements psychiatriques. Parmi ceux-ci on trouve, inégalement répartis : alcooliques, petits mentaux et authentiques psychopathes

Un pourcentage important (90 pour 4 000) donne un aperçu de l'ampleur des besoins à prévoir.

Sans qu'il nous soit permis d'établir de relation de cause à effet, les conditions particulières de travail de ces grands centres industriels mériteraient à elles seules une étude approfondie de leur retentissement sur la santé mentale.:

- Température excessive dans certains ateliers de traitement de caoutchouc brut,

- Atmosphère viciée par la poussière de talc,

- Bruit assourdissant des machines,

- Cycle quasi infernal du rendement : 85 personnes sur une paire de bottes, une botte chaque 10 secondes.

De même, il nous est apparu, sans que nous soyons en mesure de le prouver, que l'ouvrier agricole beauceron présentait surtout des formes d'alcoolisme chronique avec désadaptation. Alors que le propriétaire beauceron qui l'emploie, présente plus souvent des états dépressifs réactionnels à des difficultés financières ou de gestion. La maladie, chez ce dernier, prenant vite l'aspect d'une véritable catastrophe par son coût excessif, car il ne bénéficie encore d'aucune forme d'assurance.

D'autre part, c'est de Sologne, pays de landes et d'étangs, vivant encore relativement en marge d'un certain progrès social, que nous viennent les cas les plus difficiles, à un stade tardif d'états psychopathiques constitués.

Bien entendu, ces considérations mériteraient d'être contrôlées et le seront avant d'envisager l'installation aux quatre pôles du Département d'équipement autonome pour chaque zone et comprenant des structures différentes.

- tel pôle nécessitant l'Hôpital de Jour dans une région urbaine,

- tel autre devant posséder une autre structure, peut-être à type de colonie agricole.

Il faut bien reconnaître que la sectorisation d'un Département comme le Loiret présente un côté un peu artificiel,

consécutif d'ailleurs au découpage administratif lui-même.

Le Département est constitué comme nous l'avons indiqué par ailleurs, d'unités territoriales appartenant aux départements voisins.

La seule formule valable, pour une Psychiatrie de secteur telle qu'elle a été conçue à l'origine, ne devrait tenir compte que des régions naturelles et des répartitions démographiques réelles.

Cependant, il serait vain d'espérer une modification de structure de la division administrative du territoire en départements. Le Loiret constitue une unité, peut-être artificielle, mais réelle.

Dans une certaine conjecture, d'ailleurs, le découpage en régions sanitaires devrait, dans un second temps, permettre des redistributions nouvelles entre départements voisins.

La Division en "Provinces" est encore celle qui nous paraît la plus proche des régions naturelles.

=====

CHAPITRE IV

LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE RELATIFS

AUX PERSONNES ÂGÉES

Le Loiret possède 11 hospices constituant une catégorie d'établissements publics se consacrant à l'hébergement des vieillards, des infirmes et des incurables; les hospices dits "Maison de retraite" hébergeant uniquement les vieillards.

En outre, chacun des établissements hospitaliers : C.H.R.O. d'ORLÉANS, Hôpitaux de MONTARGIS, GIEN, PITHIVIERS, comprenant des services annexes pour personnes âgées.

L'ensemble des services d'hospices et maisons de retraite comprend 2 110 lits, auxquels s'ajoutent 305 lits de vieillards des établissements privés.

Les possibilités du Département sont nettement insuffisantes, le nombre des personnes âgées justiciables de placement étant en progression constante.

En 1951, avec une proportion de vieillards de 19 % le Loiret avait un vieillissement supérieur à la moyenne du pays, méritant la dénomination de "département cimetière", terme que l'on a pu proposé pour schématiser le phénomène d'exode des jeunes vers la ville, les personnes âgées constituant alors la plus grosse majorité de la population des campagnes.

Mais, comme nous l'avons vu au cours de l'étude démographique, les dix dernières années, avec l'essor industriel croissant, ont vu s'établir un mouvement inverse dans le Département, le pourcentage des vieillards tendant à se rapprocher des normes de la population française globale.

En effet, le tableau de répartition de la population

en quatre groupes d'âges, s'établit au recensement de 1954 :

-	0 - 13 ans	24 %
-	15 - 24 ans	13,7 %
-	25 - 64 ans	48,2 %
-	65 et +	14,1 %

pour une population totale de : 360 523 habitants.

A l'évaluation du 1er Janvier 1955 : Personnes âgées
de plus de 65 ANS 13,7 %

A l'évaluation du 1er Janvier 1960 : Personnes âgées
de plus de 65 ANS 13,3 %

pour une population de 381 000 habitants.

Ces pourcentages incontestablement moins élevés, donnent l'impression d'une normalisation du taux des personnes âgées dans le Loiret; cependant, ils sont trompeurs, car il faut considérer dans ce cas le taux brut de mortalité. Dans la mesure où on admet que ce taux dépend en grande partie de la proportion des vieillards dans la population totale, il est encore supérieur pour le Département, au taux de la mortalité pour la France entière.

Ces remarques mettent donc en évidence, pour le Loiret, des besoins analogues à ceux qui ont été précisés pour l'ensemble du territoire national.

Il serait douteux d'admettre que l'afflux des vieillards dans les hôpitaux psychiatriques a pour cause principale un accroissement réel de la fréquence des maladies mentales.

L'amélioration du niveau de vie grâce au progrès médical et social entraîne une augmentation de la proportion des gens âgés.

A côté de la proportion de vieillards atteints authentiquement de maladies mentales justiciables d'un traitement en Hôpital Psychiatrique : démences séniles, préséniles, artérioscléreuses, états confusionnels et délirants, (notons à cet égard, l'intéressante statistique fournie par l'O.M.S., qui pour la France comme pour de nombreux autres pays d'ailleurs, constate que le taux maximum des suicides chez les hommes s'observerait dans la classe 70 ans), il semble que des troubles psychiques bénins, à type de désordres passagers du comportement, de troubles d'humeur, soient très répandus parmi les personnes âgées et, de plus, que ce soit souvent la combinaison des troubles physiques et mentaux qui détermine leur admission à l'Hôpital Psychiatrique.

Un des premiers objectifs visés à FLEURY, compte tenu des possibilités, a été de pulvériser la formule des "pavillons de gâteaux", d'éviter à tout prix la ségrégation en répartissant les vieillards dans des pavillons de plein traitement.

C'est alors que les cas améliorés et stabilisés auxquels on peut joindre le lot des vieux délirants chroniques "tasés" posent le problème de leur placement. Leur maintien à l'Hôpital Psychiatrique réalise un facteur non négligeable d'encombrement autant préjudiciable à la collectivité parce que mobili-

sant inutilement des lits de soins, qu'aux vieillards eux-mêmes parce que réalisant un enkystement dans le cadre artificiel de la vie hospitalière.

L'insuffisante capacité d'hébergement des hospices du Département, mais aussi, l'absence complète d'autres structures, conduit alors à un essai d'aménagement de ce qui existe.

L'expérience de tous les jours nous montre la difficulté de tolérance à l'égard des malades mentaux dans les hospices généraux. Carence technique du personnel des hospices, mais, surtout, prévention à l'égard de "ceux de Fleury", conditionne une réaction de panique devant toute conduite tant soit peu insolite des vieillards.

L'expérience réalisée dans le Département a été la suivante : l'Hospice de BEAUGENCY possédait quelques places vacantes. Un contact fut pris avec le Directeur-Econome pour lui confier plusieurs malades. Ces malades pas trop âgés, furent strictement choisis parmi ceux qui relèvent d'une assistance hygiéno-diététique simple, pouvant s'occuper à de menus travaux de jardinage ou d'entretien.

Ce placement s'établit sur la base de la confiance réciproque : le Médecin se tenant à la disposition de l'hospice pour intervenir, à tout appel de ce dernier, au besoin en se rendant sur place, soit pour un des anciens de FLEURY, soit pour un autre pensionnaire de l'Hospice.

C'est ainsi que cet accommodement basé sur les rapports étroits avec la Direction de l'Hospice, assurée qu'à tous

moments quand elle serait en difficulté, le médecin s'engageait à intervenir , a permis en créant des liens nouveaux, d'utiliser des places disponibles.

Quarante anciens malades y sont actuellement placés. Les contacts permanents sont maintenus entre les équipes médico-sociales de l'Hospice, assurés par le médecin ou l'assistante sociale, communications téléphoniques, correspondances, visites au Directeur, véritables consultations de post-cure "à domicile" avec prescription de traitements en cas de besoin. Cet ensemble de relations a permis de réadapter à l'Hospice des sujets qui relèvent de cette forme d'Assistance.

Cette expérience limitée démontrant le bien-fondé de cette formule nous permet de penser qu'elle pourrait être étendue à d'autres établissements d'un secteur géographique.

Certains hospices peuvent ainsi être amenés à recevoir certaines catégories de malades âgés, à condition bien entendu de les y préparer psychologiquement. Peut-être même pourrait-on envisager la pratique de courtes vacations itinérantes dans les Hospices d'un même secteur. Cette formule permettrait à l'équipe médico-sociale de contrôler l'état mental des anciens malades, de prévenir au besoin l'éclosion de troubles, aussi bien chez les anciens pensionnaires de l'Hôpital Psychiatrique, que chez les autres pensionnaires de l'Hospice.

Sans pour cela prétendre résoudre en quelques lignes les problèmes complexes que pose l'organisation de la santé mentale aux personnes âgées, cette formule de soins "sur place" nous

amène à nous demander si, plus que l'augmentation du nombre de lits d'Etablissements publics ou privés, la formule d'"assistance à domicile" ne serait pas plus urgente.

Il semble bien plus satisfaisant que les personnes âgées continuent à vivre chez elles, toute hospitalisation jugée nécessaire visant à un traitement rapide permettant de les renvoyer à leur domicile.

Il est évident que l'assistance à domicile nécessiterait en outre, la collaboration des médecins de famille et celle de nombreux auxiliaires médicaux spécialisés. Ce dispositif ne peut se concevoir qu'à la condition de créer :

- des services nécessaires pour traiter les vieillards sans les hospitaliser,
- un équipement hospitalier mieux adapté, permettant d'assister efficacement les personnes âgées atteintes de troubles mentaux authentiques.

Bien que le problème de l'assistance aux personnes âgées n'ait été qu'à peine ébauché, il nous est apparu néanmoins intéressant de relater ces premières tentatives entreprises pour certains vieillards ne relevant plus de l'internement.

Il semble bien, en effet, que le problème de la santé mentale des vieillards, problème spécifique, est indissociable, dans l'immédiat comme à plus longue échéance, des problèmes de santé mentale que doit assumer l'équipe médico-sociale au service d'une population déterminée.

Dans le même ordre d'idées, il semble que l'élaboration de tout programme d'équipement en la matière, ne saurait être complet sans l'intention de ses promoteurs d'informer et d'alerter la population de l'ampleur des problèmes posés par la senescence.

=====

CHAPITRE V

LES BESOINS MEDICO-SOCIAUX REELS

EN PSYCHIATRIE INFANTILE

Comme l'indique la Circulaire Ministérielle, deux catégories d'enfants du Loiret ont leur place à l'Hôpital Psychiatrique.

1°) Les enfants nécessitant la mise en oeuvre de traitement psychiatrique.

Il n'existe pas à l'Hôpital Psychiatrique de service permettant de recevoir des enfants de cette catégorie.

Il conviendrait donc de créer un service de neuro-psychiatrie infantile, service libre mixte, d'environ 20 lits.

2°) Les enfants relevant des techniques de rééducation
Il existe environ quatre-vingt lits pour ces enfants, nombre insuffisant, compte tenu des besoins du Département.

Il semble difficile d'envisager l'augmentation du nombre de lits dans le cadre de l'Hôpital Psychiatrique.

Par contre, la création de lits nouveaux, soit dans des Etablissements publics ou privés, ces derniers recevant en priorité les enfants du Département, soit dans des hospices spécialisés, du type Etablissement spécialisé inter-départemental pour enfants grabataires, ou inter-régional pour enfants épileptiques, serait souhaitable.

Il existe également à FLEURY un Internat de Perfectionnement pour enfants éducatibles ou semi-éducatibles.

Ce service n'a pas sa place à l'Hôpital Psychiatrique.

Il s'avère, entre autres, particulièrement regrettable que certains des grands adolescents alimentent, faute de mieux, les pavillons d'adultes psychopathes. Sa suppression ne

peut cependant être envisagée dans l'immédiat, en raison de l'insuffisance de l'équipement en la matière. Dans la conjoncture actuelle, la solution est donc de ne pas chercher à l'étendre.

Aors qu'en Avril 1960, l'effectif de l'I.M.P. se composait de :

90 garçons

42 filles,

il s'est avéré possible, lors de la dernière rentrée scolaire, grâce à une sélection plus rigoureuse, de maintenir l'effectif des filles et de ramener à 75 celui des garçons.

Rappelons que le chiffre de capacité maximum des pavillons affectés à l'Ecole est de :

60 pour les garçons

36 pour les filles.

Dans le futur immédiat, il conviendrait de prévoir en tant qu'installations complémentaires, d'une part :

- l'augmentation du nombre des classes de Perfectionnement à MONTARGIS (deux seulement sont actuellement ouvertes);
- la création d'autres classes dans les petites villes du Département;

d'autre part :

- pour les adolescents de 17 à 21 ans, une structure particulière reste à créer à l'extérieur de l'Etablissement, pouvant assurer le pré-apprentissage dans un encadrement souple.

Par ailleurs, les besoins en consultations infantiles

actuellement assurés à ORLEANS, MONTARGIS, GIEN et PITHIVIERS ne peuvent être satisfaits.

C'est le plus souvent trois mois à l'avance que les familles doivent solliciter un date de rendez-vous. Ces consultations aboutissent dans un trop grand nombre de cas à une impasse: l'impossibilité de placement.

En outre, le recrutement d'un psychologue attaché aux consultations, apporterait au médecin, par la pratique de batteries de tests adéquats, des conditions d'exercice plus valables, la possibilité de rééducations spécialisées.

Il semble donc que la mise en place, dans le Département, d'un dispositif complet d'Assistance Psychiatrique infantile s'avère des plus urgents.

C'est donc en priorité, la création d'un cinquième poste du cadre qu'il faudrait envisager.

Ce médecin serait chargé du service de neuro-psychiatrie infantile mixte de vingt lits, rattaché à l'Hôpital Psychiatrique, assurant l'important ensemble des consultations des enfants du Département.

A lui reviendrait l'initiative de la création d'organismes appropriés pour couvrir les besoins réels.

Il ne nous appartient pas en fait d'anticiper sur la création de structures complémentaires en matière d'équipement de neuro-psychiatrie infantile.

Comme on le sait, en Angleterre, en Hollande et dans les Pays Scandinaves, le traitement des arriérés profonds constitue une branche spécialisée autonome, distincte du traitement

des psychotiques.

Ne pourrait-on souhaiter, à l'exemple de certaines réalisations étrangères, la création d'"Hopitaux de jour" pour enfants, formule demi-pensionnat, où les enfants réunis pour la journée, regagnant leur famille le soir, pourraient bénéficier de techniques de rééducation psycho-motrice, pédagogique, orthophonique ?

Ne serait-ce que pour les enfants de la première catégorie citée : "les enfants nécessitant la mise en oeuvre de thérapie psychiatrique", sauf cas où la pathologie est évidente et grave; il est de constatation courante que leur inadaptation résulte, pour une large part, des mauvaises conditions d'environnement familial, des perturbations du milieu de vie.

L'évolution même des termes ne nous fournit-elle pas une preuve de l'évolution des idées en ce domaine ? On parle plus volontiers de nos jours "d'enfance inadaptée" que d'enfance "anormale".

C'est ainsi que la seule connaissance du milieu familial et scolaire, la collaboration avec les autorités de Justice et d'Instruction Publique, permettraient l'implantation d'une organisation valable de psychiatrie infantile.

C'est donc, non seulement un cinquième médecin chargé de l'Hygiène Mentale Infantile, mais une équipe médico-sociale, composée d'auxiliaires médicaux spécialisés au service des enfants du Département, qui semble devoir se constituer dans l'avenir.

L'ampleur réelle de ce problème ne saurait être abordée ici, elle supposerait l'étude soigneuse des différentes catégories d'enfants inadaptés.

Il nous semble cependant que la politique à adopter n'est pas tant dans la réalisation d'un dispositif "pilote" complet mais restreint, ne pouvant prendre en charge qu'un nombre limité des cas, mais plutôt par la création progressive, selon un ordre d'urgence, d'organismes conçus dans le plan d'équipement départemental déjà envisagé.

Plus encore, il semble que la création et le développement des structures d'Hygiène mentale infantile ne sauraient s'instaurer isolément sans le développement parallèle des structures pour adultes.

Les troubles du comportement de l'enfant d'un alcoolique ne pourront-ils être autrement qu'artificiellement traités, sans l'existence par ailleurs de centres de désintoxication locaux ? Le retrait temporaire de l'enfant du milieu pathogène n'étant qu'une solution palliative, sans nul doute peu satisfaisante.

Enfin, à long terme, il nous est permis de croire, ainsi que l'écrit LEBOVICI, que l'Hygiène mentale infantile en tant que "prévention de la maladie mentale de l'adulte et de son inadaptation justifie probablement des efforts longs et coûteux".

Si l'institution d'un secteur commun à la psychiatrie de l'adulte et à la psychiatrie de l'enfant aurait pour double

avantage :

- de dépister les troubles éventuels que peuvent présenter les enfants des psychopathes;
- de prendre en charge les parents parfois authentiquement malades mentaux,

il ne semble pas que, pour le Département du Loiret, comme pour la plupart des Départements, il soit possible d'envisager dans les conditions actuelles, un équipement en matière de psychiatrie infantile sur le mode de la sectorisation.

Si l'on accepte les normes idéales qui estiment, sur le plan international, à 10 % le nombre des enfants qui, à une période quelconque de leur développement, ont besoin d'une intervention d'ordre psychiatrique (on atteindrait pour le Loiret le chiffre de 8 000 enfants : tranche 5-19 ans),

si d'autre part, on se réfère à l'expérience d'auteurs qui ont tenté de réaliser l'équipement de psychiatrie infantile d'un territoire donné, et qui estiment à 50 000 h. la charge pouvant être assumée par une équipe de psychiatrie infantile,

il ne semble pas possible actuellement d'envisager une telle multiplication du nombre de psychiatres d'enfants.

Il n'en est pas moins vrai que le médecin responsable de l'Hygiène Mentale infantile d'un département ne saurait travailler "dans une tour d'ivoire"

A l'exemple, sur un plan restreint, des réunions de synthèse faites à VITRY, dans la Seine, les psychiatres d'adultes

et d'enfants pourraient être amenés à se rencontrer dans des séances particulières qui leur permettraient d'oeuvrer ainsi plus efficacement pour l'Hygiène Mentale d'une population.

=====

C O N C L U S I O N S

I

La psychiatrie de secteur est un mode d'organisation de l'assistance, qui tient compte de besoins dont l'individu risque d'être privé du fait de certains impératifs de la vie en collectivité. Elle est une méthode rationnelle de protection de la Santé mentale, adaptée aux exigences locales d'une agglomération donnée. Elle implique la connaissance du milieu de vie du malade, ses caractéristiques, ses ressources. Elle permet la continuité des soins et la prise en charge par la même équipe médico-sociale, celle-ci disposant de l'ensemble des moyens de traitement, de la responsabilité des soins psychiatriques de la population sous toutes les formes et à toutes les étapes de l'évolution des états pathologiques. Elle réalise une économie de travail et facilite le plein emploi d'un équipement donné.

La psychiatrie de secteur permet le dépistage, le traitement précoce en cure libre, l'admission directe, la post-cure, la réadaptation sociale. Elle facilite le travail de liaison avec les autres médecins des services voisins, avec les oeuvres et les services privés du secteur, avec le centre hospitalier, avec les paramédicaux, les services sociaux, les commissariats. Elle s'impose un effort de pénétration dans le milieu d'où vien-

nent les malades, permettant une meilleure connaissance de certains facteurs pathogènes.

Elle facilite la mise en place de certaines structures nouvelles, indispensables, hôpital de jour (ou de nuit), foyers d'hébergement ou de post-cure, ateliers protégés, centres divers de reclassement professionnel et social des malades mentaux sortis de l'Hôpital Psychiatrique.

Une telle action pratique exige en même temps un important travail théorique, comportant notamment une étude sociologique du secteur topographique desservi. Le rassemblement et l'exploitation de la documentation ainsi recueillie permettant de dresser des cartes de répartition, selon l'origine ou le domicile, par communes dans les campagnes, par îlots dans les villes; des tableaux selon l'état civil, la profession, etc...

Une dimension nouvelle d'offre alors à certaines investigations : la "dimension sociale" d'un "espace social" et de ses principales caractéristiques. Le taux de certaines manifestations pathologiques mesuré à cette échelle permet alors de dégager certaines données. Ce taux peut être étudié ainsi en fonction des remaniements en cours dans certaines aires : implantation de groupes immobiliers et d'industries nouvelles, création de voies de communications, etc... Tous ces remaniements entraînent en effet des transformations du mode de vie et des rapports humains.

II

C'est en nous inspirant de ces perspectives que nous avons entrepris et décrit les premiers essais d'organisation et d'application d'une psychiatrie de secteur dans le Loiret.

Ce département nous est apparu en effet comme un département privilégié parce que :

- doté d'un Etablissement pavillonnaire traditionnellement très ouvert;
- reproduisant à échelle réduite l'aspect démographique, économique et industriel du Territoire National.

En 1959, première étape de cette réforme, trois médecins seulement se répartissent encore quelques 1 400 malades de l'Hôpital. La division en secteurs a été instituée d'abord dans le service des Hommes, comportant plus de 500 malades.

Les admissions de l'année (plus de 350) furent réparties entre les trois équipes du service, selon le milieu d'origine :

- ORLEANS et les commune suburbaines,
- les cantons périphériques de l'arrondissement d'ORLEANS et l'arrondissement de PITHIVIERS,
- l'arrondissement de MONTARGIS.

En 1960, la création d'un quatrième poste du cadre a

permis d'enlever cette première étape.

Afin d'éviter une division arbitraire des services, l'étude démographique et économique du Département nous fournit alors les données les plus valables pour définir des aires de recrutement :

- le Loiret peut être divisé en neuf régions naturelles ou "pays" que différencient leur sol, leur économie, leur mode d'habitat;

- Département essentiellement rural, le plus peuplé des départements qui constituent la région sanitaire, le Loiret possède néanmoins une activité industrielle et commerciale bien diversifiée qui dépasse largement celle des départements avoisinants.

Certaines caractéristiques démographiques locales nous ont ainsi amenés à établir une division bipolaire du Département avec pour centre géographique les villes d'ORLEANS et de MONTARGIS, permettant de différencier deux secteurs assez homogènes quoique d'inégale importance :

ORLÉANS

MONTARGIS.

En fonction des chiffres de la population traitée à l'Etablissement au cours de l'année 1958, il a suffi de partager les cantons de l'arrondissement de PITHIVIERS entre les deux secteurs pour réaliser une répartition conforme aux données démographiques.

Restait à résoudre le problème des malades étrangers au Département.

Ces malades répartis en deux catégories :

les sans domicile fixe,

les étrangers au Loiret,

totalisant en effet un pourcentage important d'admissions pour cette même année 1958.

Deux facteurs rendent compte de ce fait :

- d'une part, la situation de l'Hôpital Psychiatrique à proximité de la gare de triage des Aubrais, drainant un nombre important de psychopathes "en voyage pathologique", d'errants et de clochards;

- d'autre part, l'existence de départements limitrophes du Loiret : Seine-et-Marne et Loir-et-Cher, dépourvus jusqu'alors de formation spécialisée.

Ces deux catégories de malades précitées totalisant chacune le même nombre d'admissions, cela permit d'en attribuer une à chacun des deux services.

La charge des services d'enfants a été confiée dans sa presque totalité au chef de services s'occupant du plus petit secteur : celui de MONTARGIS.

En même temps, les activités de l'association intrahospitalière étaient étendues et une Société départementale d'Aide à la Santé Mentale était créée.

Les dispensaires d'Hygiène Mentale multipliaient paral-

lèlement leurs consultations.

En 1961, un an de fonctionnement des services-hommes sur le mode d'une sectorisation bipolaire nous permet d'envisager un plan d'organisation plus précis en fonction des besoins actuels

- augmentation du nombre des consultations déjà existantes à ORLEANS et MONTARGIS;

- implantation de nouvelles consultations aux deux autres pôles actifs du Département : GIEN et PITHIVIERS;

- création de structures intermédiaires, structures dont les besoins s'établissent actuellement en fonction des sorties qui seraient ainsi offertes, d'autre part certaines rechutes seraient évitées si, après la sortie, les moyens de consolidation existaient.

Si "réadapter c'est redonner à l'individu les possibilités de vivre par son travail dans une société qui l'accepte", le milieu de transition nécessaire pour cette réadaptation semble pouvoir être réalisé dans le Département.

Ainsi sont en cours l'installation d'un hôpital de jour pour hommes et femmes dans l'enceinte même de l'Etablissement., avec possibilité de transport et aménagement d'ateliers bien équipés confiés à des moniteurs qualifiés.

Mais c'est surtout le programme établi par la Direction de la Santé et proposé au Conseil Général qui consacrera prochainement l'organisation définitive d'une division quadripolaire du Département, formule définitivement adoptée et qui tient compte

de certains impératifs : voies de communications, cartes démographiques, chiffres de population, unités territoriales.

On envisage ainsi la perspective de constitution de quatre services mixtes desservant :

ORLEANS

MONTARGIS

GIEN

PITHIVIERS.

La création d'un cinquième poste du cadre prenant la charge des services d'enfants, tout en assurant l'important ensemble des consultations d'enfants du Département, permettrait la création d'un service de neuro-psychiatrie infantile mixte de 20 lits rattaché à l'Hôpital Psychiatrique.

A ce médecin reviendrait l'initiative de la création d'organismes appropriés pour couvrir les besoins réels.

Bien entendu, d'autres étapes seront nécessaires avant de réaliser cette formule. En particulier, une prochaine étape pourrait consister à implanter à l'Hôpital Général de MONTARGIS et dans l'arrondissement, un équipement hospitalier et extra-hospitalier complet et autonome.

III

Bien entendu, la notion de secteur comporte de nombreuses perspectives, qui tendent à englober l'ensemble des problèmes de protection de la Santé Mentale. Il semble néanmoins que la re-

cherche d'une continuité des soins en soit l'objectif essentiel. Cette tendance fondamentale a même précédé la notion de psychiatrie de secteur qui a l'avantage de réaliser en quelque sorte le dispositif permanent de sécurité recherché par le malade et son entourage. L'évolution des idées en cette matière a permis dans un deuxième temps, de prendre conscience d'une dimension nouvelle de la recherche psychiatrique : "la dimension sociale".

Le traitement du malade s'étend au delà des rapports médecin-malade (bien qu'il ne soit nullement question de minimiser l'importance de ce qu'on a pu appeler le "colloque singulier") à des relations médecin-milieu.

La psychiatrie de secteur a l'avantage de révéler certains facteurs pathogènes, connus jusqu'alors intuitivement et non concrètement. Sur un territoire à sa mesure, l'équipe médico-sociale responsable peut alors, sur place, sinon découvrir les vraies causes de la maladie mentale, du moins en voir l'éclosion et l'aggravation dans le lit que leur constituent les facteurs exogènes.

Il semble que les perspectives démographiques entrevues dans cette étude pourraient être utilement complétées par des travaux plus précis faits de sondage et d'enquêtes :

- sur les communications,
- sur le progrès de l'urbanisme,
- sur les perspectives nouvelles d'électrification.

D'autres recherches permettraient d'apprécier les différents niveaux de vie selon la structure sociale, selon les

aménagements nouveaux. Il ne faut pas oublier en effet que chaque fois qu'un progrès pénètre et s'instaure quelque part, il entraîne des besoins nouveaux, qui, s'ils ne sont pas satisfaits risquent de donner l'illusion d'une action néfaste de ce progrès sur la santé mentale. De ce point de vue, l'exemple du département de la Mayenne est très significatif. D'une manière quasi expérimentale, la partie Sud du Département fut électrifiée avant le Nord. Une enquête simple et rapide a permis de constater que la morbidité psychiatrique établie en fonctions des admissions à l'Hôpital Psychiatrique paraissait nettement supérieure dans la partie électrifiée.

L'information qu'une équipe médico-sociale peut tirer d'une prospection plus approfondie lui permettra une connaissance plus intelligente du territoire desservi.

Il ne fait pas de doute, quant à nous, que la structure démographique, économique, les problèmes d'urbanisme et de main d'œuvre interviennent d'une manière ou d'une autre sur la morbidité psychiatrique.

Outre l'intérêt que nous venons de souligner, les travaux futurs permettraient d'étayer d'une façon fructueuse la nouvelle division du Département.

En effet, il nous apparaît que l'assistance psychiatrique dans le Loiret s'étant heurtée au départ à des difficultés pratiques d'aménagement n'est encore par sa division bipolaire qu'à un stade intermédiaire.

Il s'avère nécessaire de trouver des unités démographiques qui légitimeraient l'organisation de quatre unités de soins dotées des mêmes moyens.

L'avenir nous semble résumé par cette formule lapidaire
quatre services mixtes
 dans un département quadripolaire.

C'est alors que, sans commettre d'abus de langage, on pourrait parler, non plus d'aires de recrutement issues d'un morcellement insuffisant, mais véritablement de secteurs en tant que "champs d'action limités permettant un travail en profondeur", l'hôpital psychiatrique n'étant, comme on a pu le dire, qu'une "étape", qu'un "moment" parmi la gamme variée des autres structures établies.

Réalisant ainsi un des objectifs essentiels de l'organisation de l'assistance psychiatrique par secteur, qui, comme le définit le Docteur L. LE GUILLANT, ne saurait être que "la création de liens étroits entre un service, une consultation, une même équipe médico-sociale et un territoire donné, ses structures sociales, administratives et humaines".

=====

=====

Le Doyen de la Faculté
 de Médecine de PARIS
 Léon BINET

Le Président du Jury
 de Thèse
 Jean DELAY

Vu et permis d'imprimer
 Le Recteur de l'Académie de PARIS
 Jean SARRAILH

B I B L I O G R A P H I E

ABRAHAM E. (Mme).-

Rôle médico-social du psychiatre en dehors du cadre hospitalier.
Ann.méd.psychol., Juillet 1957 n°2.

ADNES.-

Réflexions sur l'"Asile", l'Hôpital Psychiatrique et la psychiatrie de secteur.

Revue pratique de psychologie de la vie sociale et hygiène mentale. 1957 n° 4 p.142-156.

AMIEL R.- BAUME S.-

Les principaux instruments de post-cure psychiatrique
Technique hospitalière Oct.-Nov. 1957.

BARTON W.E.-

Progrès en psychiatrie en 1959 : traitement dans la famille et psychiatrie des malades de consultations externes.
Am. J. Psychiatr. Janvier 1958 n°7.

BARTON W.E.-

Progrès en psychiatrie (1957), le traitement du malade dans la famille et psychiatrie des malades en consultations externes.
Am. J. Psychiat. Janvier 1960 n° 7.

BENOISTON J.-

Les internements inévitables.
Inform. psych. Ann. M. 1957.

BOITEAU P.-

Contribution à l'étude de la réadaptation du malade mental.
Thèse Paris 1957.

BIEDER - DOREMIEUX - LEDOUX - NACHIN - NAVIAU.-

Pour un dispositif cohérent de lutte contre les maladies mentales dans le Département du Nord.
Inform. psych. Juin 1950.

BONNAFÉ L.-

Le milieu hospitalier vu du point de vue psychothérapique ou théorie et pratique de l'Hôpital Psychiatrique.
La raison n° 17-18 1957.

BONNAFÉ - MIGNOT - REGIS - SIVADON.-

Rapport sur l'équipement psychiatrique d'un territoire dépourvu de toute formation spécialisée.
Inform. psych. Juin 1957.

BONNAFÉ - DAUMEZON - EY - FOUQUET - HAMON - JACQUELIN - LAUZIER -
MIGNOT - REGIS - SIVADON -

Note sur le service territorial unifié de protection de la
santé mentale.

Inform. psych. Février 1960.

BONNAFÉ - FOUQUET -

Notes sur la solidarité des problèmes doctrinaux et des pro-
blèmes d'assistance en psychiatrie.

A.M.P. Tome II - N° 5 XII/1944.

BONNAFÉ L.-

De la doctrine post-esquirolienne.

Inform. Psych. Avril-Mai 1960.

CARP. A.E.D.E. -

Remarques sur la "Sociothérapie" française.

Acta Psych. 1954, I n° 3.

CARP. A.E.D.E.-

Perspectives de la "Sociothérapie".

Acta psych. 1955, 3, n° 4.

CARSE JOSHUA.-

Report of the first two years of the Worthing and District Men-
tal Health Service Pamphlet.

Graylingwell Hospital, Chichester, England, Janv. 1959.

CHANOIT P.-

Tendances actuelles de l'Assistance Psychiatrique.

Thèse Paris 1955.

DAUMEZON G.-

L'Etablissement Psychothérapique de RAYNEAU, à FLEURY les AU-
BRAIS.

Document de l'Inform. Psych. Vol.2, XII/1946.

DAUMEZON G.-

Réflexions sur la structure juridique du Service Psychiatrique
public.

C.R. Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue Françai-
se LVII Session - Tours 8-13 Juin 1959.

DIEDERICH S.-

Pour un service psychiatrique de secteur. Tentative d'essai en
milieu rural, à partir d'un service mixte.

Thèse Lyon 1959.

DUCHÊNE H.-

Les services psychiatriques publics extra-hospitaliers.

Les échos de la médecine n° 8 15/XI/1955.

DUCHÊNE H.-

Principes et réalisations en matières d'hygiène et de prophylaxie mentales.

La Semaine Médicale n° 41, 6/II/1956.

DUCHÊNE H.-

Principes et réalisations en matière d'hygiène et de prophylaxie mentales.

Semaine des Hôpitaux n° 65, 6/XI/1956, p. 1261 à 1 277 et
Revue française de psychanalyse Juillet-Août 1957, Tome XXI n°4
p. 553 à 595.

DUCHÊNE H.-

L'écart entre les possibilités techniques théoriques et les besoins médicaux et sociaux réels en psychiatrie infantile.

La Psychiatrie de l'enfant - Vol. I, fasc. 2 - P.U.F. 1958.

DUCHÊNE H.-

Les services psychiatriques publics extra-hospitaliers.

C.R. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française
LVII Session, Tours 8-15 Juin 1959.

DUHL L.J.-

Psychiatrie and the community - Internat Social Psychiatry
Vol. I n°3, 1955, p. 42-47.

EVANG R.-

Health services in Norway. Oslo 1960.

FOLLIN.-

L'internement pourrait être l'exception (expérience d'un service départemental de psychiatrie sans internement).

A.M.P. 1954 Tome II.

FOUKS & TORRUBIA.-

Rapport sur les quartiers psychiatriques.
Inform. psych. Février 1957.

GEORGE P. - RANDET P. - BASTIE S.

La Région parisienne.
P.U.F. 1959.

GRASSET & BAZIN H.-

La fin des Asiles.
Inform. Psych. Déc. 1958.

GUNNAR LUNDQUIST M.O.-

Fifty years of Swedischcare of mentally III.
From Självkötersketidning n° 10 1960.

HAZEMAN R.H.-

La psychiatrie sociale et les attitudes de la collectivité
Inform. Psch. Juin-Juillet 1959.

KOECHLIN Ph.-

Psychiatrie de secteur en Province.
Inform. psych. Janvier 1959.

LAMARCHE A.-

Rapport de la Commission sur l'Hygiène Mentale du milieu rural
21-22 Nov. 1959 - L'Hygiène Mentale n° I, 1960.

LAMBERT - VACHER.-

Sur un essai de psychiatrie de secteur en milieu rural à partir d'un service mixte.
Inform. Psych. Juin 1957.

LAMBERT - DIEDERICHs & VACHER-LAMBERT.-

Sur une expérience d'assistance psychiatrique par secteur en milieu rural.
C.R. Congrès de neuro-psychiatrie, Strasbourg Juillet 1958.

LAMBERT, VACHER-LAMBERT, DIEDERICHs & VACOCGNE.-

Sur un essai de modifications des conditions habituelles d'assistance psychiatrique.

1°) à propos du fonctionnement d'un service bisexué en Province.

2°) le regroupement des activités extra-hospitalières dans les limites d'un secteur géographique.

A.M.P. Janvier 1959.

LAMBERT & DIEDERICHs.-

L'évolution favorable des conditions d'assistance dans le cadre d'un essai de psychiatrie de secteur.
C.R. Congrès de psychiatrie et de Neurologie de langue française. LVII - Session Tours 8-13 Juin 1959.

LAUZIER J.-

L'Assistance aux malades mentaux aux Pays-Bas et en Suisse.
Inform. Psych. Déc. 1956, Janvier 1957.

LEBOVICI.-

Quelques réflexions sur l'assistance extra-hospitalière en psychiatrie infantile.
C.R. Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française. Tours 8-13 Juin 1959.

LE GUILLANT L.-

Introduction à une psychopathologie sociale.
Evolution psychiatrique 1954, Fasc. V.

LE GUILLANT, KESTENBERG, GRIMBERT, GROSCLAUDE & VACHER.-

Remarques sur trois ans de fonctionnement d'un dispensaire de secteur.

*

Techniques hospitalières n° 159, Déc. 1958.

LE GUILLANT L.-

Remarques sur la fixation des normes de construction des H.P.
Inform. psych. Avril 1960.

LE GUILLANT L.-

Le service médico-social de secteur.
Inform. Psych. Janvier 1959.

LE GUILLANT - SIVADON - PARIENTE M.-

Le reclassement professionnel des malades sortis des Hôpitaux
Psychiatriques.
Inform. Psych. Mars 1957.

LE MALADE MENTAL et SON ENTOURAGE.-

n° 70 Revue "Présence".

Les MALADIES MENTALES & les CONDITIONS DE LEUR ASSISTANCE.-

Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène
mentale.
Numéro spécial 1958.

L'INTERNEMENT FACTEUR^{EUR} D'ALIENATION.-
n° 54 Revue "Présence".

MACLAY Walter S.-

l'Organisation d'un hôpital psychiatrique - Quelques expériences.
Inform. psych. Juillet 1959.

MAC MILLAND.-

Mental Health Service of Nottingham.
Internat of Social Psychiatry - Vol. IV n° 1 1958, p. 5-10

MAC MILLAND.-

An integrated Mental Health Service.
Lancet 1956 - p. 1094.

MARKICH H.-

Quelques considérations sur les entrées itératives à l'Hôpital
Psychiatrique - Importance d'une assistance extra-hospitalière.
Thèse Paris 1955.

MENDRAS H.-

Sociologie de la Campagne Française 1959.

MIGNOT H.-

Du retentissement de la réforme hospitalo-universitaire sur la
psychiatrie française.
Inform. Psych. Mars 1960.

MILLARD W. M. and HENDERSON J.C.-

The Health Service in Amsterdam.

Internat of Social Psychiatry - Vol. II n° 2 1956 p. 141-150.

MILLON R.-

L'infirmière visiteuse de la Santé Mentale.

Ann. Med. Psych. Juillet 1959, 2 et n° 2.

MILLON - GOLSTEINAS - LAGESSE.-

Traitement et assistance des handicapés psychiques dans le milieu social.

Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale. n° 4 1958.

MISERE DE LA PSYCHIATRIE.-

Esprit n° 12, 1952.

MYERS Hérome H. and ROBERTS, BERTRAM H.-

Social class, family Dynamics ans Mentall illness.

New York : John Wiley et Sons, 1959.

PAUMELLE Ph.-

Assistance extra-hospitalière 1956.

Traité de l'E.M.C. Tome III, fasc. 37 960, A. 10.

PAUMELLE Ph.-

Réflexions à propos de la création d'un service psychiatrique de secteur.

C.R. Congrès de psychiatrie et de Neurologie de langue Française LVII Session. Tours 8-13 Juin 1959.

POINTS DE VUES TECHNIQUES ET PRATIQUES DE LA READAPTATION SOCIALE DES HANDICAPES PSYCHIQUES.-

7ème Assemblée fédérale des Sociétés de Croix-Marine.

Revue pratique de la vie sociale et d'hygiène mentale.

N° 4 - Année 1958.

POLIONO P.-

Les bases de l'organisation des services de santé mentale.

Déc. 1959, 13 n° 433 - Déc. 1959, 10 N° 434 - Déc. 1959, 13 n° 435.

PROBLEMES DE SANTE MENTALE RELATIFS A LA SENESCENCE ET AUX PERSONNES AGEES.-

6ème rapport du Comité d'Experts de la Santé Mentale

n° 171 - 1959.

PSYCHIATRIE SOCIALE & ATTITUDES DE LA COLLECTIVITE.-

7ème rapport du Comité d'Experts de la Santé Mentale

n° 177 - 1959.

QUERIDO A.-

L'Hygiène Mentale au Pays-Bas.-
Service d'informations du Gouvernement Néerlandais.

RAPPORT DE LA COMMISSION SUR L'HYGIENE MENTALE DU MILIEU RURAL.-
L'Hygiène Mentale n° 1 - 1960.

REDLICH P.C. & PEPPER M.P.-

Progrès en psychiatrie en 1959 : psychiatrie sociale.
Am. J. Psychiat. 1960, 116 n° 7 (Bibliogr.)

REDLICH F.C.-

The concept of Health in Psychiatry in : Explorations in Social
Psychiatry Leighton.

ROBERT E.-

Histoire du Loiret.

SALES M.G.M.-

Service social et Hygiène Mentale.
O Medico 25 Juin 1959, 10 n° 408.

SCHILL S. (de).-

Groupes d'Hygiène Mentale.
Acta Psychothérap. 1959, 7, (supplément), 328-337.

SIVADON P.-

L'Assistance psychiatrique de demain.
Tech. Hosp. n° 124, Janvier 1956.

SIVADON P.-

L'Evolution sociale et psychiatrique.
Revue d'Hygiène et de Médecine sociale.
Tome IV n° 8 - Déc. 1956.

SIVADON P.-

L'assistance extra-hospitalière - Vers une assistance extra-
hospitalière efficace.
A.M.P. Tome I, n° 1 Janvier 1957.

SIVADON P.-

La psychiatrie à la recherche de son objet.
Tech. Hosp. Oct-Nov. 1957- Mai.

SIVADON P. - DUCHÊNE H.-

Santé Mentale, hygiène et prophylaxie mentales.
1958 - Traité de l'E.M.C., Tome III, fasc. 37 950 A.

TOOTH.-

L'Hôpital psychiatrique et sa place dans le service de santé
mentale.
Inform. Psych. Juillet 1957.

TORRUBIA.-

A propos de la psychiatrie de secteur.
Inform. Psych. 8 Octobre 1959 p. 469-473.

UEBERSCHLAG H.-

"Une étape dans l'évolution de la psychiatrie française".
Tech. hosp. n° 114 Mars 1955.

VEIL C.-

Données pratiques sur le reclassement professionnel des malades mentaux.
A.M.P. Février 1956.

WITTHOVER & FRIED J.-

Some problems of Transcultural psychiatry.
Internat of Social Psychiatry.
Vol. III, n° 4 1958, p. 245-252.

ZILBOORG G.-

Convictions sociales et psychiatrie clinique.
Bull. New York acad. Mai 1953, 29, n° 5 p. 411-419.

=====

